Jaume Funes

Cuando la vida nos duele

Construir la salud mental y recuperar la felicidad

Grijalbo

JAUME FUNES

Cuando la vida nos duele

Construir la salud mental y recuperar la felicidad

Traducción de
Ana Ciurans

Grijalbo

Para Arnau y Gemma, que,
siguiendo la tradición familiar,
se dedican a estar al lado de las personas.
Como último consejo profesional de su padre

Prólogo
El oficio de vivir y sus dificultades

Recuperar algunos besos perdidos

Empiezo a escribir este libro a finales de 2021, cuando la pandemia de la COVID 19 ya nos permite llevar una vida casi igual a la de antes, a pesar de que nuestra existencia se haya visto afectada de diferentes maneras. Escribo, pues, en una época pospandémica, interrogado por unos y otros (como supuesto experto del mundo juvenil), sobre los efectos sobre la salud mental derivados de lo que hemos vivido y sobre sus previsibles consecuencias futuras.

También lo hago preocupado por la tendencia humana a pensar que todo lo que ahora nos pasa deriva de esa fuerte sacudida que han recibido nuestras vidas (cada época tiene las suyas), olvidando que la mayoría de las crisis que hemos sufrido ya existían. Lo que han hecho estos años de pandemia es ponérnoslas de nuevo delante de los ojos, agravarlas en algunos casos, apremiarnos a buscar respuestas. Eso es lo que ocurre ahora con la salud mental, a menudo aparcada por una sociedad centrada en el éxito (como si vivir entre felicidades e infelicidades no fuera de por sí complejo y frustrante), carente de respuestas coherentes y de recursos humanizados.

Escribo el primer renglón de este texto después de haber participado en un diálogo en el que mi intervención tenía como título «Recuperar algunos de los besos perdidos». Hablaba sobre las recuperaciones necesarias, pues por lo que parece uno de los aspectos que más ha trastocado la pandemia es la salud

mental. Tú que ahora me lees, deberás admitir que, como yo que escribo, echas de menos alguna calma o no has recobrado del todo la serenidad. A ti y a mí se nos ha removido diversos malestares y pensamos en cómo reconstruir bienestares. Quizá alguna de las personas lectoras sienta que ha enfermado, que no puede superar lo que pasa sola, sin alguna «cura». A veces, para quien lo sufre, parece que el dolor vital no tiene solución.

¿Para qué nos servían antes los besos? ¿Por qué aumenta la angustia cuando la vida no va bien? ¿Cómo se pierde la salud mental? ¿Cómo puede recuperarse? ¿Hay realmente más personas que antes afectadas por los trastornos mentales o están saliendo a la luz viejos y nuevos malestares? Encerrados, hemos descubierto que tenemos un mundo interior, pero ahora ¿qué hacemos con él? ¿Nos estamos volviendo locos o hemos tomado forzosamente conciencia de que debemos ocuparnos de nuestra salud mental? El libro que tienes en las manos te invita a que encontremos juntos algunas respuestas a estos y a otros muchos interrogantes.

Vidas condicionadas

A pesar de haberla olvidado, la pandemia supuso una experiencia humana, personal y social, intensa. Podría haberse quedado en un acontecimiento histórico significativo, una especie de pesadilla que se desea olvidar. Pero si ahora escribo acerca de la salud mental es porque, por muchos motivos, alteró nuestros mundos y, sobre todo, destapó unas realidades vitales que de saludables tenían bien poco. No queríamos reconocer que el malestar formaba parte de nuestra existencia y la crisis intensa que vivimos nos puso la realidad delante de los ojos.

Pero no, este libro no trata de la pandemia ni de la realidad

mental instaurada en la pospandemia. No obstante, me referiré a ellas continuamente porque conviene hacer un pequeño repaso de lo que ocurrió. Las experiencias que vivimos durante aquellos meses formaron un conjunto de reactivos que han sacado a flote malestares, han hecho estallar crisis, desatado reacciones, agravado dificultades vitales y agotado nuestro depósito de bienestar emocional. Nada más lejos de mi intención que hacer un resumen alarmante o un mapa de las patologías de la COVID 19. Quiero, en cambio, hablar de las variables que, al ser alteradas, cambiaron la construcción de nuestra salud mental. Repasemos algunas.

Nos encerraron. Esto supuso, entre otras cosas, que nuestra vida quedara relegada a un solo espacio, a un contexto —cuando habitualmente nuestras existencias son la suma de varias vidas que desarrollan actividades (trabajar, relacionarse, disfrutar, divertirse, formarse, etc.) en entornos diferentes— regulado solo en parte por la lógica del hogar. El hogar se convirtió en una «institución total».

A todo el mundo le pasó lo que suele pasarle, por ejemplo, a un adolescente encerrado en un centro: su vida depende exclusivamente de una institución y de sus reglas. Al no tener la posibilidad de diversificar y de compensar, a los problemas que ya tiene se suman los que causa la vida institucionalizada. Recordemos que durante las primeras semanas de confinamiento los adolescentes (si tenían habitación propia y un wifi potente) no se quejaban. La explicación más plausible es que podían vivir otras vidas en su dimensión virtual, digital. Podían huir de la vida doméstica.

La vida en relación se acotó. Los que ya tenían poca vida social lo agradecieron (después fue más difícil convencerlos de que volvieran a incorporar en sus vidas la relación con los demás). La mayoría sintió que necesitaba buena parte de las relaciones que ahora le faltaban y sin las cuales no acababa de

sentirse bien. A pesar del relato egoísta dominante, consciente o inconscientemente casi todos comprobaron que para sentirse bien necesitaban a los otros, estar con otras personas. Además, como gran parte de las relaciones eran impuestas (los miembros de la familia no se eligen, el grupo burbuja no se forma por amistad, etc.), tuvimos que aprender a gestionar y a soportar el trato difícil (debíamos mantener la calma y procurar entendernos, incluso conviviendo con quien no queríamos; teníamos que vivir sin poder hacer paréntesis en la relación). Descubrimos que bienestar y malestar dependen de los climas afectivos que se crean allí donde has de vivir.

Pero lo que quizá se vio alterado de manera más universal fue nuestra relación, la anterior y la posterior, con la enfermedad y la salud. De repente nos amenazaba algo desconocido que podía acabar con nuestra vida. Ya no teníamos al alcance de la mano ninguna de las explicaciones (siempre muy precarias, porque la educación para la salud no es ni era un tema acuciante) con las cuales nos las arreglábamos hasta entonces. Vivíamos sumidos en la información sin poder consolidar nuestra propia explicación. En algún momento todo el mundo reflexionó sobre qué era la salud y qué significaba sentirse bien.

Por si fuera poco, durante aquellos meses las explicaciones más esotéricas acabaron por invadir una parte significativa de la comprensión de la salud de muchas personas. En el lado opuesto, la avalancha de evidencias científicas, reales o presuntas, acabaron creando lecturas que reducían la vida a variables que olvidan la complejidad. Nos encontramos, de golpe, tratando de construir las explicaciones de la vida a las que a las que, ocupados como estábamos en otros asuntos más urgentes, siempre poníamos sordina para no agobiarnos todavía más.

Sería un espiritualista sin remedio si no dejara claras las

grandes alteraciones (las que perduran y perdurarán) que afectaron al trabajo y a la economía familiar. Las más suaves tuvieron que ver con la diferencia entre el trabajo presencial y a distancia. Estos cambios han modificado nuestra manera de relacionarnos con el trabajo, nuestras competencias, el sentido que tenía ir a trabajar, etc. Para empezar, hemos tenido que reubicarnos como persona que trabaja (a la que le gusta trabajar o no, que trabaja para vivir o vive para trabajar, etc.).

Tampoco podemos olvidar lo que para muchas personas significó perder el trabajo (no saber a qué dedicar el tiempo o carecer de recursos para vivir) o, para muchos jóvenes, constatar que el mundo laboral y el futuro son más negros de lo que parecía. Como ocurre en todas las crisis económicas, teníamos que volver a pensar cómo se puede sobrevivir equilibradamente sin trabajo. Por poner un ejemplo, leí que un colega de la atención a la salud mental decía: «Lo que nos gustaría es recetar trabajo».

Quizá el gran cambio (el gran descubrimiento) fue que todos tratábamos de que nos escucharan. De una manera u otra, todo el mundo sintió la necesidad de apoyarse en alguien, de saber con quién podía contar. A menudo comprobamos que los recursos de atención a las personas ya no existían porque los habían suprimido o porque no estaban pensados para escuchar.

La felicidad perdida y la fragilidad de la vida

Seguro que estamos de acuerdo en que, en clave emocional y afectiva, de una manera u otra, hemos vivido más intensamente que antes tres grandes tipos de vivencias (o por lo menos nos hemos visto obligados a descubrirlas). En primer lugar, estamos desconcertados con mucha frecuencia. La pandemia nos inoculó muchas dudas, de las que cito como muestra una: no

saber en qué consiste la felicidad. Parecía que, si no podíamos vivir la vida de antes, no podíamos ser felices. De hecho, el gran descubrimiento colectivo de los últimos meses ha sido que la felicidad tiene nombre de cerveza.

Como repetiré en más de una ocasión, nuestra salud mental requiere unas dosis mínimas de felicidad, pero al no poder tener las de antes hemos entrado en crisis y nos hemos visto obligados a preguntarnos qué nos hace felices (o al menos qué creíamos que nos hacía felices). De ahí que pensáramos en algunas de las experiencias humanas más significativas, en su presencia y en su ausencia.

La pandemia ha hecho que nos acordemos de los niños que viven en un piso de cincuenta metros cuadrados con otras diez personas y que pocas noches tendrán a una madre dispuesta a leerles un cuento. También nos ha hecho descubrir la decepción del chaval de quince años que no puede darle un beso a la chica de la que se acaba de enamorar. Hemos tenido que buscar felicidades químicas en el alcohol y en los psicofármacos. Hemos tratado de compensar la falta de satisfacciones con felicidades de mercado.

Otro grupo de vivencias está relacionado con la fragilidad. Hemos descubierto que somos seres frágiles y que, además, no podemos hacer planes, que estamos sumidos en una gran incertidumbre, dentro de la complejidad. Las personas que habían hecho de la seguridad vital la base de su equilibrio sentían que su vida entera se ponía en discusión. Con diferente intensidad, hemos vivido la amenaza de la enfermedad y de la muerte como una realidad que éramos proclives a olvidar. No todos poseen las herramientas para gestionarla y acumulan angustias que los desequilibran. «La incertidumbre me mata», me decía hace poco una chica que sufría porque no podía planificar su juventud (el futuro a largo plazo ni lo mencionaba).

Resultado de todo ello han sido emociones y sentimientos difíciles de manejar. Quizá el miedo haya acabado por ocupar más espacio del que sería saludable, o ha acabado multiplicándose en miedos diferentes y difusos. Recuerdo que un joven que trataba por aquel entonces no podía salir de casa sin dos mascarillas y dos pares de guantes. El mundo exterior era para él, fundamentalmente, una fuente de contagio, no un espacio para relacionarse. Todavía hay padres y madres que aterrorizan a sus hijos hablándoles de la escuela como un lugar de enfermedades.

La gestión colectiva de la pandemia también nos ha dejado un conjunto de extrañas vivencias que van de percibir al otro como enemigo (no solo como extraño y diferente, sino también como fuente de enfermedades) a angustiarnos por la soledad. Muchos jóvenes expresan su preocupación por «no encontrar el amor» o «quedarme solo».

Asimismo, aparecía la preocupación por fracasar en la vida. Muchas personas expresan un miedo agudo al fracaso, el temor de haber perdido la ocasión de tener éxito en la vida. ¿Cómo puede recuperarse el entusiasmo cuando la vida está dominada por la impotencia? Algunas personas encuentran entornos que las ayudan a gestionar este magma de emociones y otras lo han de gestionar solas. Los costes en la salud mental serán diferentes.

Una consecuencia de estas vivencias ha sido el aumento de las demandas de seguridad. Hemos exigido imágenes claras de lo que nos ocurría y respuestas simples y eficientes. Pedimos con más insistencia que antes una fotografía de la realidad en dos colores, una causa concreta del por qué ocurren las cosas, un remedio (un fármaco social o químico) adecuado y capaz de resolver el problema. A menudo sufrimos delirios colectivos que contienen demandas de soluciones mágicas y que podemos considerar mucho más graves que las desconexiones de la

realidad que sufre una persona cuando padece un brote psicótico.

Por último, parte de lo que hemos vivido y seguimos viviendo tiene que ver con pérdidas y rupturas. A las vivencias de fragilidad se ha sumado la pérdida de personas queridas, en una proporción mayor y con una intensidad aumentada de los sentimientos. Pero, como acabo de resumir, también ha habido pérdidas materiales que han generado un descenso del entusiasmo. Pérdidas de los entornos estables que evitaban sufrimientos. Quizá, entre inseguridades y pérdidas, hemos tenido que descubrir formas de convivir con un nivel habitual, aceptable, de caos.

Cuando el andamio del equilibrio se cae

Como consecuencia de este estado de cosas, como resultado de la nueva crisis, o como nuevo descubrimiento de una vieja realidad, lo cierto es que a todos nos preocupa un poco más que antes la salud mental: la propia, la de nuestros hijos y, a los que nos dedicamos profesionalmente a ella, la de las personas en general. Nos gustaría aclararnos cuando, emocionalmente desconcertados, no conseguimos expresar lo que nos pasa o lo que les pasa a los que nos rodean.

No me atrevo a compartir la máxima de algunos colegas según los cuales «después de la pandemia de la COVID llegará la pandemia de la salud mental». Pero las varias clases de padecimiento que hemos experimentado y el derrumbe del frágil andamio que sostenía el equilibrio precario de nuestra vida nos empujan a reflexionar y a compartir criterios para recuperar equilibrios y para tratar de ayudar a los más jóvenes a construir activamente su bienestar.

No es difícil encontrar estadísticas que, en apariencia,

demuestran el aumento de las patologías relacionadas con la salud mental: se han multiplicado las depresiones, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación, los suicidios… También tenemos estadísticas sobre un aumento exponencial de la demanda de tratamientos. No te costará encontrar las que describen el aumento del consumo de psicofármacos.

A pesar de que hablaré de todo ello a lo largo de las páginas de este libro, no seguiré esta argumentación. En parte porque lo que definimos como enfermedades mentales, con nombre propio, no dejan de ser compartimientos en los que clasificamos los malestares. Debemos reflexionar acerca de si nos resulta útil definir como depresión una tristeza permanente que devora nuestra vida cotidiana. Propongo que pensemos que, en una sociedad del malestar como es la nuestra, lo que quizá está pasando es que el número de incomodidades ha aumentado, pero los recursos personales y colectivos para hacerles frente no son ni suficientes ni adecuados. Podríamos decir que los malestares vitales se han vuelto incomprensibles y no sabemos cómo gestionarlos.

También propongo acordar que una buena parte de la lista de trastornos es una lista de expresiones. Son las colectivas o individuales que tenemos para decir que padecemos o que no soportamos el mundo en que nos toca vivir, o de descargar rabias, confusiones y padecimientos. Muchas chicas padecen un verdadero trastorno de la alimentación que vale la pena considerar como trastorno en sí mismo, pero también hay muchas otras que simplemente descargan en su cuerpo el malestar de la adolescencia. Lo utilizan como la única herramienta de la que disponen para expresar la disconformidad y protestar contra la vida que en ese momento han de vivir. A muchos jóvenes les ponen la etiqueta del trastorno social debido a su conducta conflictiva cuando en

realidad estos chicos no hacen más que descargar la rabia acumulada en una infancia de abandono o, en otros casos, expresar su desacuerdo con un presente y un futuro que se perfilan muy negros.

Pensar en la salud mental tiene, además, una dificultad añadida: el caos permanente de las explicaciones. La psicología, la psiquiatría y la intervención terapéutica son el territorio de toda clase de tribus, y cada una de ellas cree ser poseedora de la verdad.

Cuando, como seres humanos que padecen, buscamos explicaciones plausibles y útiles a nuestros malestares, encontramos múltiples argumentos que no explican nada, exigen una especie de fe o reducen las dificultades a una variable. Además, en tiempos de crisis proliferan las respuestas mágicas, la venta de remedios sin rigor. La lista de «terapias» que se nos ofrecen es larga y no vale la pena que ponga ejemplos. Cualquiera sabe que cerca de su casa hay un centro que ofrece prácticamente de todo.

El panorama de la incoherencia se completa cuando la respuesta llega revestida de «evidencia científica», que la mayoría de las veces reduce a algunas variables matemáticamente correlacionadas la complejidad de vivir y de sufrir. Cuando toquemos el tema, propondré que hablemos de evidencia humana escuchada y recogida con rigor y coherencia.

El relato de un observador que participa con curiosidad implicada

También quisiera aclarar en estas primeras páginas cuáles son mis pretensiones y mis rémoras a la hora de escribir acerca de este tema y de tratar de ser útil al lector con el que conviviré en este libro. Soy un profesional de la psicología y de la

educación que ha pasado muchos años al lado de las personas, sobre todo de los adolescentes, tratando de ser útil en sus vidas. Como observador participante en muchas vidas cambiantes en un mundo que cambia, he adoptado una actitud curiosa e implicada (descubrir lo que era importante en cada momento e identificar las formas adaptadas de ayuda). En el territorio de la salud mental, mi desconcierto ha sido permanente y nunca he tratado de amoldar la realidad a una teoría explicativa universal. Siempre estaba dispuesto a buscar nuevas respuestas para nuevas realidades. Para que podáis orientaros, haré un pequeño repaso.

Cuando estudiaba psicología, en los años setenta del siglo pasado, uno de mis trabajos abordó el tema de la antipsiquiatría. Era la época en que la batalla principal era dignificar la atención demostrando que las personas «enfermas» no debían encerrarse y que parte del origen del problema y de su solución residía en la comunidad. Cincuenta años más tarde, acabo de leer un estudio riguroso sobre cómo una depresión grave ha sido modificada mediante la estimulación eléctrica de una minúscula área cerebral.

Entre una cosa y otra, viví la época en que el Valium dominaba el gran mercado de la angustia y los tiempos de la «generación Prozac», conformada por hombres y mujeres que buscaban la felicidad en el entonces nuevo antidepresivo. Más recientemente hemos visto que la gestión del dolor ha quedado atrapada entre los sucesivos nuevos opioides (hay mucha información sobre la epidemia de los derivados del opio en Estados Unidos). También podemos recordar juntos cómo cíclicamente el uso de estos analgésicos o de drogas ilegales parecidas sirve para calmar los dolores de vivir. He tenido que situarme permanentemente entre la palabra que acompaña y la sustancia que alivia el sufrimiento.

Pero volvamos al presente y descubramos nuevas peticiones

de ayuda. Hace poco recibí el correo de una chica, estudiante de bachillerato, que me pedía consejo para su trabajo de investigación. Decía lo siguiente:

> Buenas tardes, Jaume:
>
> Me llamo María y soy de... En casa tengo libros escritos por ti, que mis padres compraron para tratar de ser los mejores padres del mundo. Estoy sacando las conclusiones para el trabajo de investigación de bachillerato, que trata de la medicalización de la vida. Cada vez tengo más compañeros que necesitan alguna clase de fármaco para enfrentarse al estrés académico, a la falta de sueño… y no sabemos gestionar las adversidades. Pongo como ejemplo la pandemia, durante la cual los jóvenes no fuimos considerados personas necesitadas de atención y apoyo, hecho que ha comportado un incremento de la necesidad de ayuda farmacológica para poder enfrentarse a los miedos y las angustias. [...] Me pregunto si, en lugar de tildarnos de ser los jóvenes del botellón, como tú decías en un artículo, no podrían protegernos. Si saben qué instrumentos necesitamos para hacer frente a un futuro incierto ¿por qué no nos los dan? ¿Tiene alguna responsabilidad el sistema educativo? Y, por último, ¿crees que la protección de nuestros padres nos ha impedido crecer de una manera sana? ¿Podrías darme tu opinión?
>
> Muchas gracias.

A lo largo de mi trayectoria profesional, cuando algún joven destruía otras vidas, las preguntas que me hacían para explicar su comportamiento siempre eran en clave de locura. «Para matar así hay que estar loco» me decían. Y yo explicaba que no, pero que sí eran necesarias otras locuras sociales y éticas para matar por diversión, para liquidar a quienes sobran o son diferentes. Explicaba que las ideologías pueden volver loco, hacer creer que el otro no es persona o no merece vivir, que el mundo está loco en la medida que nos dominan maneras de entender la vida que comportan la destrucción. Más allá de los

manuales de psiquiatría, tenía que recordarles que no se puede pensar ni sentir la bondad de la propia vida si se niega a los demás el derecho a vivir la suya.

De vez en cuando, he vivido de cerca el suicidio de algunos jóvenes y he tenido que ayudar a los que, de una forma u otra, habían estado a su lado. Más que preguntarnos si habríamos podido evitarlo, tratábamos de identificar los mecanismos que habían conducido a estos chicos a pensar que la muerte era una solución. En un encuentro sobre la salud mental, una profesora de música contaba que un alumno adolescente le había hecho la siguiente pregunta: «¿Para qué sirve la vida?». Acabo de volver a ver la obra teatral sobre el tema del suicidio *No m'oblideu mai* y he escuchado de nuevo lo que uno de sus personajes afirma al final: «Hoy he decidido vivir». No siempre he sabido encontrar argumentos emocionales y racionales para justificar la vida.

La lista de vivencias, experiencias y contradicciones de mi vida profesional sería muy larga. He querido dar una idea para que el lector conozca lo que me condiciona a la hora de escribir, y que no parto de ninguna teoría de referencia ni de ningún sistema conceptual explicativo, sino de la necesidad de observar, de escuchar, de acoger y de acompañar a los demás para tratar de entender su sufrimiento. He aceptado escribir este libro para sistematizar mis dudas sobre el papel, ordenar las explicaciones y las respuestas que debemos darnos juntos, aceptando que estoy condicionado por la experiencia pasada. Pretendo aclararme y ayudar a poner nombre a lo que las personas sentimos y pensamos pero no logramos expresar.

En estas páginas no encontraréis citas ni referencias a autores y documentos. Eso no significa que las ideas que expreso sean mías. Todo lo que somos (también las ideas) nace de la relación. Solo he puesto mi orden y mi coherencia a las lecturas, a las reflexiones y a lo que he compartido y aprendido

de otras personas.

También pido disculpas por dirigirme a diferentes clases de lectores. Algunas veces cuento mi vida para poder aclararme yo mismo. Otras veces escribo pensando en algún lector que sufre mientras me lee. También escribo pensando en los colegas de profesión y mis argumentos tienen como objetivo conseguir que cambien sus formas de atención y adquieran la capacidad de acoger a las personas que sufren y necesitan que las escuchen. Espero lograr que este texto suscite el interés de una comunidad lectora diversificada y perpleja que trata de adoptar una visión compartida sobre muchos aspectos de la salud mental.

El contenido del libro

Las páginas que siguen ofrecen un contenido dividido en cinco grandes apartados que, a pesar de no seguir una secuencia, en el sentido de que el relato viene y va, siempre regresa a los temas que nos interesan para tratar de profundizarlos desde diferentes perspectivas. En la primera parte, menciono todas las cuestiones y giro alrededor del enredo de los malestares y los trastornos para tratar de situarlos entre los malestares del mundo y las enfermedades. Se trata de dilucidar qué significa estar enfermo, ser un enfermo y vivir en un mundo enfermo. En la segunda, ensayo una explicación global, integradora y coherente de lo que representa enloquecer. Se trata de una propuesta que intenta dar un contenido a lo que somos, a lo que nos pasa y a lo que vivimos.

La salud mental, al igual que la vida, está en desarrollo constante; por eso dedico la tercera parte a explicar cómo construimos vidas mentalmente saludables, o las destruimos, a lo largo de los diferentes ciclos vitales, de la infancia, época en

la que impera la necesidad de seguridad, a la adolescencia, el periodo de los riesgos necesarios. Es un capítulo sobre la salud mental en evolución. También trato de sugerir cómo educar, cómo ayudar a adquirir conciencia de la propia salud mental y cómo entender la de los demás con el fin de no construir los estigmas.

Los dos últimos apartados están dedicados a pensar en cómo cuidar de la salud mental y en cómo ayudar a recuperarla a quienes la pierden. Hablaremos de la fuente del placer, de las emociones y los sentimientos, de los residuos tóxicos de la existencia, de las estrategias y habilidades para gestionar las dificultades, de la compensación de los sufrimientos, etc.

A continuación trataré de resumir las ayudas que necesitamos cuando los malestares y los trastornos se presentan. Como decía una persona adecuadamente atendida en un servicio de salud mental: «Construimos juntos una explicación de lo que me está pasando». Por último, no olvidaré el importante tema de las drogas que ayudan a vivir y de los «medicamentos» que sirven de compensación. Acabaremos comentando las dificultades para conseguir atención y los servicios de salud mental.

Como he mencionado, empecé a escribir este libro, que llegará a la editorial en mayo de 2022, a finales de 2021. Así que iré haciendo mi vida mientras el libro sigue su proceso. No volveré atrás para cambiar nada, a pesar de los múltiples acontecimientos que la vida irá incorporando. Espero ofrecer un relato dinámico al que la incertidumbre de la existencia haga evolucionar hasta la última página.

Espero que al acabar la lectura compartáis conmigo una visión humanizada, compleja y global del bienestar, de los malestares, de las diversas variables que alteran la salud mental y de las diversas maneras de estar al lado de las personas cuando algún aspecto de su existencia se desencaja.

Quizá todo sea cuestión de aprender el oficio de vivir gestionando las dificultades y los atractivos de estar vivos.

I

De los malestares a los trastornos

El calidoscopio de la salud mental

Quizá todo sea un mosaico

La televisión emite un programa dedicado a la salud mental. Sigo con interés el documental que lo ilustra. Varias personas que sufren alguna clase de «trastorno» y que fueron atendidas en un centro de salud mental dialogan entre ellas.

Sara y Eva se cuentan mutuamente su estado depresivo tras el suicidio de la madre en un caso y de la hermana en el otro. Puedo sentir el dolor insufrible de una pérdida significativa inesperada. Parte de la recuperación ha consistido en descubrir y aceptar que ellas no tenían la culpa de lo ocurrido. La paz vital parece asomar la cabeza cuando, refiriéndose al suicidio, Eva afirma: «Si alguien quiere hacerlo, lo hará».

Luis y Manuel hablan de la psicosis que escindió su mundo. Parecen afectados por los fármacos que han de tomar. Conscientes de la complejidad de la situación que viven, se quejan de que nadie los entiende. Por lo que parece, su problema consiste en la falta de aceptación social, tanto en el entorno más próximo como en el más distante.

Gerard habla con su madre de su intensa actividad con los videojuegos. Ha necesitado la atención del servicio de salud mental porque no hacía nada más que jugar. Ahora ha construido otros centros de atracción vital y ya lleva una vida más diversificada. Su madre le cuenta lo mal que lo pasó cuando no sabía qué hacer, desconcertada cuando siempre se había preocupado por que lo tuviera todo, su angustia al ser consciente de que tenía un problema pero no sabía cómo

evitarlo. A pesar del conflicto vivido, el chico afirma que no renunciaría a la experiencia, que según él no ha sido tan mala.

«Yo soy autista», afirma Miquel mientras juega con su perro y cuenta su manera de ser. No sufre ninguna enfermedad y parece que la etiqueta que ha asumido le resulta útil para defender su singularidad. La soledad no es un problema para él. El problema son los demás, que no toleran su forma de ser. Su padre cuenta lo difícil que es que el mundo acepte el hecho de que todas las personas han de tener cabida en él.

María describe lo que ha significado para ella ser una chica «10». Ahora recupera el cuerpo que ha sido el receptáculo de todos sus malestares. Cuando habla con su madre, le recuerda que es una mujer que no puede vivir sin tenerlo todo planificado, ordenado y previsto. El relato que emerge es el de una chica condenada al éxito, cuya vida, desde la más tierna infancia, ha sido planificada, incluso en lo concerniente a la alimentación. La vida de María y la de su madre obedecen a un guion escrito.

Al día siguiente, vuelvo a mi cotidianidad de profesional al que a menudo se solicita ayuda en múltiples conexiones y relaciones, virtuales o presenciales. Por la tarde, escucho a Miriam, que tiene dieciséis años. «Mi padre dice que necesito ayuda», me dice. Parece una chica razonablemente centrada, tanto cuanto puede serlo una adolescente. La muerte de su madre, cuando tenía diez años, fue un acontecimiento traumático para su padre, que proyectó sistemáticamente su dolor sobre sus hijos. «Mi hermano mayor está harto de psicólogos», comenta.

Gemma se levanta para ir al instituto cuando toda la familia ya ha salido de casa para ir a trabajar, pero hace días que se le pegan las sábanas. Apaga el despertador y sigue durmiendo. Por suerte, las alarmas de la escuela se encienden. Su madre, sola y angustiada, pide ayuda a través de un amigo. «No tengo

ganas de ir. No tengo ganas de nada, no me apetece ir al instituto», dice la chica. En el instituto se preocupan y hacen una propuesta de transición con pequeñas experiencias laborales para que pueda acabar bien la ESO. La tutora consigue que recupere el interés escolar. Sin embargo, la realidad apunta a que parte de lo ocurrido tiene que ver con su novio. Relativamente consciente de la sumisión que la relación le impone, Gemma pide ayuda para romper con él. Pero tener que acabar con la primera e intensa experiencia amorosa y sexual la desanima.

Podría seguir compartiendo la secuencia vital. De hecho, acabo de cerrar un correo en el que una madre me escribe: «Mi hija sufre… ¿quién puede ayudarla?». Y el periódico digital que abro para desconectar tiene el titular siguiente: *Aumenta la ecoansiedad*.

Si todo este panorama tiene que ver con la salud mental, ¿cómo puede encajarse un puzle hecho de tantas piezas de diferentes tamaños? La salud mental va de esto y más. Y explicarla parcialmente es lo que pretendo. También tú, lector, lectora, tendrás que ubicarte en este caos como persona que vive, se relaciona, tienes penas y alegrías, trata de ayudar a sus hijos en todo lo posible y desea sentirse bien.

Acabamos de empezar y ya hemos comprobado que el tema de la salud y de la «enfermedad» mental es un poliedro parecido a aquellas bolas cubiertas de espejos que antes decoraban las discotecas y que presentaban un aspecto diferente en función de la luz que las iluminaba. La reducción y la explicación simplista no sirven de nada. Tratar de hacer una fotografía en blanco y negro no lleva a ninguna parte.

EXISTIR ENTRE TAQUICARDIAS VITALES

Podemos creer que todo esto no tiene nada que ver con nosotros. Podemos pensar que nuestras vidas no tienen relación alguna con los trastornos mentales. Sin embargo, estoy convencido de que si dejas de leer, te escuchas, haces memoria de vivencias, te reconocerás en alguna de las vivencias siguientes.

Hubo un momento en que creíste que te comerías el mundo. Tuviste éxito y todo iba sobre ruedas. Tu entusiasmo superaba con creces tus capacidades hasta que te diste de bruces con la realidad o alguien cercano te hizo caer en la cuenta. Quizá vivías o vives en un estado de melancolía que se ha convertido en tristeza y que dura demasiado. Quizá lo que sientes o vives es una especie de preocupación permanente por lo que puede acabar pasándote o podría pasarle a alguno de tus seres queridos. El cálculo racional de probabilidades te dice que preocuparse no tiene sentido, pero no puedes remediarlo.

Preocupación tras preocupación, justificada o no, sientes que te domina la angustia. O esa sensación a la que todo el mundo llama angustia y que es más bien una especie de desasosiego permanente. Ritual tras ritual, te sientes mal cuando la cotidianidad no fluye por las vías previstas y adecuadas. Te cuesta calmar la ansiedad que te produce que alguien cambie las pautas de tu normalidad (las que tú consideras normales, pero quizá los demás no). Podríamos seguir citando situaciones. Por equilibrada que sea tu vida, no siempre lo ha sido y no siempre lo será; de vez en cuando sientes alguna taquicardia vital que hace que te preguntes qué te está pasando.

La salud mental forma parte de la cotidianidad. Es una faceta de la salud y no se trata de prevenir la aparición de la enfermedad, sino de construir el bienestar, también mental. Eso nos obligará a tratar de entender cómo funciona el «mundo interior» que es parte de la condición humana, y que como toda

realidad de personas complejas se desarrolla, se construye, se altera y se vuelve a construir.

Hablamos de dificultad de vivir, de disfunciones de las neuronas, de conductas problemáticas, de comportamientos que se salen de las normas, de vidas vacías, de intentos de regular la felicidad, de confrontación entre ciclos vitales, de gritos de ayuda que no encuentran respuestas, de…

Si la realidad es poliédrica y no nos es ajena, necesitamos miradas multicolores. Si todo el mundo necesitará ayuda en algún momento, tendremos que pensar en cómo construir, cómo dar respuestas acogedoras de amplio espectro.

Paisajes llenos de etiquetas

Todavía no hemos salido de nuestra lectura poliédrica y lo más probable es que encuentres las descripciones de la salud mental sumergidas en un mar de etiquetas. En este momento (mientras escribo acaba de empezar el 2022), los artículos y los estudios que leo presentan una larga lista de «enfermedades» mentales que, dicen, nos afectan por culpa de la pandemia: estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, angustia, etc. Algunos profesionales lo simplifican: vivimos una pandemia de trastornos afectivos y problemas de conducta que han de ser diferenciados y diagnosticados. Será común que alguien traiga a cuento, a lo largo de una conversación distendida, el trastorno bipolar (que ya se ha convertido en un tema de tertulia) de un amigo, y todavía más corriente que los responsables de la salud, los gobernantes o los profesionales no mencionen, en cambio, el entorno vital que, día a día, va provocando que las personas pasen de la tristeza a la depresión.

Tratamos de arrojar luz sobre el mundo de la salud mental y por lo que parece solo encontramos diagnósticos. ¿Por qué todo

se transforma con tanta facilidad en un sistema de etiquetas? Deberemos dedicarnos a buscar el porqué de la proliferación, y al mismo tiempo de la simplificación, de etiquetas que ocultan reducciones y sesgos. Echemos de nuevo un vistazo al poliedro y tengamos en cuenta nuestra afición a definir la realidad solo a partir de las luces que proyectamos nosotros mismos.

Si volviéramos a la referencia a la «ecoansiedad» que he citado antes y que todavía no aparece en ningún manual de psiquiatría, podríamos poner un ejemplo que nos ayudaría a entender lo que nos pasa y que no queremos o no sabemos gestionar con sensatez. La palabra identifica el estado de angustia que genera en algunas personas pensar que estamos destruyendo el planeta y que por este motivo no podemos vivir en él de manera saludable. Simplificando el argumento, algunos ecologistas dirán que vivir sin respetar la naturaleza genera problemas de salud mental.

El ejemplo también podría servirnos para empezar a hablar de complejidad. Alterar el entorno natural tiene, evidentemente, un impacto biológico y algunos de sus aspectos afectan al sistema nervioso y a su desarrollo. Pero lo más importante es que modifica las experiencias vitales que podemos tener como personas, lo que los niños pueden descubrir, lo que modela el depósito de nuestras felicidades, nuestro equilibrio psíquico.

No es que la angustia sea ecológica, sino que la percepción de las catástrofes, la modificación de los paisajes vitales y la alteración del entorno influyen en la manera en que la mente percibe el mundo y asocia sus desequilibrios a nuestra inestabilidad. En la colección de desconciertos que genera la vida, comprobar que el mundo se degrada también puede conllevar un aumento de las preocupaciones (o del pasotismo o del egoísmo). Podríamos seguir con el capítulo dedicado a las herramientas de las que disponemos o no, para gestionar una

vida moderna con un manual de instrucciones cada vez más grueso… y nos situaríamos de nuevo en la complejidad.

Pero no es necesario inventar una nueva etiqueta, un nuevo trastorno (pronto nos venderán un psicofármaco ecológico o vegano para que no nos angustiemos por el mundo que se desmorona). Podemos apuntar en la lista de conclusiones que, en muchos aspectos, una parte de los estilos de vida de la existencia moderna es iatrogénica (para que no busquéis la palabrota, que utilizaré más veces, en el diccionario, os aclaro su significado: entorno, acción, remedio o servicio que genera una condición física o mental adversa no deseada ni buscada). Dicho de otro modo, si cambiáramos algunas de nuestras formas de vida, no padeceríamos algunas de las formas actuales de enfermar, sobre todo de las que comportan la pérdida de la salud mental.

Normalidad, diversidad y alienación

Enfermedades de un mundo deshumanizado

Descubro que en algunos países como Japón o Inglaterra tienen (o han tenido) una especie de «ministro de la soledad». En sus sociedades hay demasiadas personas solas y esta condición genera costes sociales y económicos. En algunos casos, estos costes hacen referencia a la salud mental o al aumento de suicidios. A la luz de este dato, me pregunto cuántas personas viven solas (lo cual no es necesariamente negativo), cuántas «están» solas, cuántas «se sienten» solas y cuántas «sufren» en soledad.

No reflexionaré ni escribiré acerca de los motivos de tanta soledad, pero me pregunto por qué estos países ponen en marcha ministerios de la soledad y no de la exclusión. Puede que la razón por la que la salud mental entra en crisis no dependa del hecho de que las personas estén solas, sino del hecho de haber perdido o no tener vínculos sociales o ninguna experiencia de pertenencia a una comunidad. Quizá lo que la salud mental de un país necesita es un ministerio de la comunidad.

Mientras trato de acotar un marco global que sea de ayuda para situar la salud mental en sus contextos, leo la enésima noticia sobre un joven norteamericano que ha disparado sobre sus compañeros. Una vez más, recibo la petición de un periodista para que responda a la consabida pregunta: ¿semejantes personajes están locos? Más allá de las respuestas que he de dar, no dejo de preguntarme cuántas «locuras» son

posibles, fáciles, estimuladas en territorios donde hay tres armas por habitante. ¿Podemos arrojar luz sobre la salud mental sin tener en consideración lo que alguien ha denominado «el síndrome del mundo cruel»?

Siempre ha sido una historia de exclusión y disidencia

A lo largo de los años, hemos estado atrapados buscando respuestas a la doble pregunta que constantemente se hace este libro: cómo entender los problemas relacionados con la salud mental y qué hacer con las personas que necesitan ayuda. Pero es un largo camino que, a pesar de avanzar hacia la dignidad, está lleno de deshumanización nos queda mucho trecho por recorrer y aún arrastra mucho lastre escondido.

Dando un repaso a la historia de la locura, lo primero que descubrimos es un largo proceso que lleva del «loco» al «enfermo», sin que el hecho de haber llegado a este puerto suponga todavía una dignificación de la persona que sufre. Tampoco queda claro que la humanización de los tratamientos haya comportado la supresión, en nuestro imaginario personal y social, de estereotipos y alarmas.

La historia de los manicomios es la historia de los «alienados», de las personas mentalmente ajenas que también debían estar ubicadas fuera de la sociedad. Los avances en la comprensión del cerebro humano y en la innovación de los psicofármacos han logrado que el internamiento en un centro sea necesario en pocas ocasiones (excepto cuando se trata de crear un ambiente estimulante fuera del entorno habitual o de una emergencia que no puede resolverse de otra manera). Sin embargo, no ha sido suprimida la idea social según la cual un enfermo es un peligro. De los manicomios persiste el estigma del rechazo y la resistencia a atender a los enfermos en el seno

de la comunidad en vez de segregarlos.

Ocultamente y sin explicitarlo, aún se considera que un buen tratamiento pasa por el ingreso en un centro y el alejamiento. La insania, sigue creyéndose, genera desorden en la organización y las relaciones sociales. Pero también nos lleva a descubrir que cuanta más desorganización social hay, más rotos están los vínculos sociales y más malestares mentales aparecen. Los adolescentes yanquis que disparan a sus compañeros no son necesariamente violentos desde un punto de vista psíquico, pero viven su juventud en un entorno en que las armas forman parte de la cotidianidad y la negación del otro, del diferente, puede pasar por la idea de eliminarlo.

A pesar de haber cambiado mucho, la mayoría de las religiones ha considerado al enfermo mental como alguien poseído por alguna clase de maldad, encarnada o no en un espíritu maligno (o incluso la locura como una especie de castigo divino). Más allá de espiritismos y exorcismos, la salud mental ha quedado filtrada por una visión moral que considera esta clase de enfermedades como una especie de culpa latente de las personas que las sufren y de las que los rodean; se trata de enfermos «culpables». Las conductas enajenadas no dejan de considerarse alteraciones del orden moral de la comunidad (o al revés: si esas personas no se comportan como se prevé socialmente, es porque están locas).

Tampoco podemos obviar que, en cualquier momento histórico, la salud o la insania mental se definen a partir del concepto de conducta «normal», es decir, se califican en función de lo que una determinada sociedad considera una conducta fuera de lo normal. Las «anormalidades» están definidas por las ideologías dominantes. Ser sano o enfermo depende de la cultura, el poder o la iglesia, y quebrantar las normas conlleva ser considerado un delincuente o un enfermo. A menudo, para reconducir la vida de los jóvenes y

adolescentes con comportamientos socialmente inaceptables, requerimos la intervención de algún sistema relacionado con la enfermedad mental o el ordenamiento penal. No sopesamos ni los motivos ni las razones ni la manera en que expresan su rechazo y tampoco si el remedio es peor que la enfermedad.

La salud mental se relaciona con el grado de diversidades y diferencias tolerado por una determinada comunidad o una sociedad en general, con qué conductas se viven y se perciben como extrañas. También ocurre lo contrario: algunas veces enloquecer es una forma alternativa, «sana», de huir de las homogeneidades asfixiantes. Todo el mundo tiene derecho a sentir a su manera, a pesar de que no siempre seamos entendidos. Las emociones y los sentimientos desean ser comprendidos, no juzgados.

La salud mental también está asociada a un grado de duda que es aceptable en cada época y cada comunidad. Una sociedad organizada alrededor de dogmas ofrece pocas oportunidades de disentir y obliga a buscar vías alternativas a quienes poseen una forma singular de concebir el mundo.

Del mismo modo, los discursos sobre la normalidad también se asocian a determinados dogmas laicos. La psicologización extrema de la vida cotidiana conduce a buscar explicaciones a todo, sin aceptar que la condición humana es caótica e imprevisible. O lo que es peor, la normalidad no deja de ser un argumento que a menudo va contra el placer, la felicidad y la libertad que alteran el orden social en el que todo está previsto. O al contrario: sociedades en las que el dogma es la defensa de la felicidad y de la libertad individual, sin vínculos ni compromisos, sin la obligación de compartir los elementos colectivos que modelan una normalidad sana.

Las condiciones de la vida y las vidas condicionadas

Palabras para los ricos, tranquilizantes para los pobres

Una mañana de un día cualquiera. Una voluntaria de un sindicato obrero atiende a una persona perdida en la burocracia que trata de solicitar una prestación económica de emergencia. La empresa donde trabajaba ha cerrado y no tiene posibilidades de cobrar el subsidio de paro. Sabe que quizá podrá pedir y obtener una especie de ingreso mínimo vital, pero está desorientada. Le dan cita para muchos días más tarde y no sabe ni cómo ni dónde acceder digitalmente. La voluntaria trata de hacer de puente y ayudarla a salir del laberinto. Es activista del sindicato del metal, no es psicóloga ni trabajadora social ni médico, pero intuye que aquella persona necesita algo más.

No es la primera vez que ayudando a alguien a resolver los trámites tiene esa sensación. Son personas sin dinero y sin recursos que transmiten soledad, una tristeza que roza la desesperación; un conjunto de malestares que ella no sabría definir y que estas personas calman con pastillas que han conseguido del médico de familia. La voluntaria le da vueltas a la relación entre precariedad laboral y salud mental y trata de averiguar quién podría ayudar a estas personas. Está a punto de proponer la creación de un grupo de autoayuda en el sindicato.

Aún nos cuesta aceptar que la mayoría de los malestares y trastornos están determinados por el entorno social. Pero a partir de ahora notarás que establezco esa relación, que la

menciono continuamente, que lo contextualizo todo. Además, no pararé de recordar que todavía no queremos pensar en un tratamiento contra la injusticia.

El hecho de que estemos en un mundo que puede abordar la salud mental con criterios de razonamiento científico no significa que debamos abandonar las dudas y debamos tener visiones deformadas sobre la condición humana, el funcionamiento de nuestro cuerpo o los mecanismos que crean, alteran o impiden la salud mental. Haber expulsado a los «demonios» aún no ha conllevado un acuerdo sobre si estamos hablando de una enfermedad, de un trastorno o de un malestar.

Parece que poder imputar la causa de nuestra desesperación a alguna disfunción orgánica nos deja más tranquilos. En cambio, nos incomoda hablar de enfermedad psíquica, de disfunción asociada al sufrimiento de la existencia o a determinadas formas de vida. Si todavía no somos capaces de asumir que lo que somos depende en parte de la herencia y en parte de la experiencia y del aprendizaje, nos cuesta mucho más aceptar que pasa lo mismo con todo lo que tiene que ver con nuestra manera de ser, de vivir y de vivirnos. Nunca he podido ejercer la psicología sin tener en consideración la asociación directa entre la pobreza, la clase social, las condiciones de vida y el sufrimiento (y las formas de expresarlo) de la persona a la que atendía.

Cuando hablemos más adelante del consumo de drogas para aliviar el sufrimiento seguiremos atrapados en el clásico debate sobre si la salud mental se reconstruye con terapia o con fármacos. Las discusiones sobre si son necesarias las palabras o las pastillas no dejarán de estar marcadas por la desigualdad oculta. Palabras para los ricos, tranquilizantes (controlados) para los pobres.

A mí no me sirve repetirte y explicarte la frase comúnmente admitida que describe la enfermedad mental como el resultado

de factores biológicos, psicológicos y sociales. En el mundo de los profesionales se considera a menudo una frase hecha que, además, otorga pesos y valores muy diferentes a cada una de las tres patas y oculta con frecuencia las simplificaciones reales con las que nos movemos. Simplificaciones que luego tratan de identificar «factores de riesgo» (no entiendo cómo puede medirse la probabilidad de tener una vida de pobreza) y «causas» desencadenantes como, por ejemplo, un trauma o una crisis (olvidando que una pérdida puede producirse en una vida que ya estaba llena de abandonos).

Por si fuera poco, tras las dicotomías que representan visiones simplistas o complejas de la vida pero que también incluyen intereses de mercado, poderes profesionales, mecanismos de control y consolidación de exclusiones, se ocultan cuestiones esenciales como los derechos de las personas enfermas. Las dificultades que atañen a su salud mental se utilizan a menudo como excusa para anular su condición de persona. La lógica puramente biológica, por poner un ejemplo, tiende a privar al enfermo de cualquier posibilidad de discutir o tomar parte activa en la elección y gestión de sus tratamientos. Se le niega la posibilidad de entender lo que le ocurre y de tomar decisiones sobre cómo quiere que le atiendan.

Para adquirir una visión humana y útil sobre por qué enloquecemos o cómo mantener y recuperar la salud mental, deberemos seguir analizando qué condiciones de vida se convierten en sufrimiento o en felicidad, reflexionando sobre cómo el placer de convivir tiene su química cerebral, cómo el dominio del manual de funcionamiento de un mundo complejo permite sentirse seguro y cómo almacenamos argumentos que dan sentido a lo que vivimos.

PODEMOS SER FELICES, CONTAMOS CON LA PENICILINA QUE CURA LA TRISTEZA

Cuando en 1949 el litio hace su aparición en el mercado terapéutico, se inaugura un cambio drástico en las posibilidades de influir significativa y rápidamente en los trastornos mentales. Años más tarde (en la década de los sesenta), las benzodiacepinas (la marca del momento, ya indefinidamente popular, fue el archifamoso Valium) comportaron un salto importante en el abordaje de toda clase de malestares. Poco a poco acabaron definiéndolas «la penicilina de la tristeza» y la continua evolución de las formulaciones y las presentaciones hace que hoy en día las discusiones honestas entre profesionales versen más bien alrededor del planteamiento «por qué no» hacer servir estos medicamentos que proporcionan felicidad aparentemente sin costes.

A finales del siglo XX, una miríada de fármacos alcanza su máxima expansión porque existe un gran mercado de la angustia. Contamos con la felicidad química que necesita la vida moderna. También hay que considerar que ningún «dolor» es una bendición y la química puede tener una función en su gestión. Es un axioma pensar que todo malestar, por pequeño que sea, debe tratarse, remediarse. No olvidemos que los adolescentes que se aventuran en el mundo de las drogas legales o ilegales fueron niños que se criaron entre adultos que siempre tenían alguna pastilla al alcance para evitar cualquier dolor.

A estas alturas, parece que también podrá diseñarse un fármaco específico para cada enfermedad mental. O, por el contrario, que habrá que inventar una nueva enfermedad mental por cada nuevo fármaco que se sintetiza. A tal punto que una diversidad significativa de psicofármacos puede servir

como amortiguador entre las personas y el mundo, como recurso que hace posible cortocircuitar las vivencias de malestar sin poner en tela de juicio la clase de vida que las provocan. En este momento disponemos de un mercado de «bienes» amplio y reñido relacionado con la salud mental, sometido, como todo mercado, a la publicidad y a la creación de la demanda para vender más.

La investigación científica (que respeta las reglas del pensamiento científico) tiene ideología y se desarrolla en un determinado contexto ideológico. De ahí que sea importante no olvidar que algunas propuestas farmacológicas o de modificación de la conducta se olvidan de que detrás del sufrimiento hay una persona que sufre y a la que debemos ayudar a descubrir el sentido de sus padecimientos.

No tener en cuenta la gran cantidad de sufrimiento mental que genera nuestra sociedad y la tendencia a consumir «remedios», tanto químicos como "terapias"» carentes del mínimo rigor, es engañarse a uno mismo. La salud mental está atrapada entre la presunta evidencia científica (que reduce la complejidad del ser humano y de su existencia a unas cuantas variables) y las propuestas «alternativas» llenas de falsedades que tratan de aparentar rigor criticando, y con razón, a la medicina oficial.

La tendencia actual de la sociedad de mercado, de consumo, potente generadora de malestar y de soluciones deshumanizadas, es medicalizar los estados de ánimo y gestionar químicamente las respuestas a las incógnitas vitales que ella misma produce, todo en el marco de una dinámica colectiva de «hipocondría social» masiva. La salud, en general (agudizada y deformada en tiempos de pandemia), se ha convertido en poco menos que una obsesión. La simple posibilidad de llegar a enfermar es una fuente de ansiedad y de angustia que empuja a buscar a toda costa recursos médicos.

Hemos caído en la trampa de estar sanos y no saber qué hacer con una vida sana.

¿De qué color es una vida multicolor?

Somos un cuadro impresionista

Todos nos hemos hecho alguna vez la pregunta «¿qué me está pasando?» al sufrir algunas de las dificultades emocionales o de relación o en la gestión de la vida, a la que continuamente hago referencia. Las respuestas posibles a esa pregunta siempre tienen como trasfondo nuestras visiones, vivencias, imágenes e ideas de lo que somos como seres humanos.

Si me lo permites, dejaré de lado, por el momento, las aproximaciones a la definición de salud mental para entrar en descripciones más filosóficas, sin las cuales no creo que podamos llegar a establecer cómo entenderla y construirla. Para saber si estamos descolocados, necesitamos ubicarnos, situarnos en el mundo; para comprender las emociones y los sentimientos, necesitamos tener alguna idea sobre la condición humana.

Si para entender la salud en general hay que tener una visión integradora del organismo vivo que somos, con mayor razón hay que tenerla para entender el conjunto de interdependencias que conforman la parte de salud que se define como mental. Puesto que la mayoría de las enfermedades son, en gran medida, funcionales y dependen del funcionamiento interconectado de diferentes sistemas de nuestro cuerpo, la mayoría de las dificultades y sufrimientos de la salud mental deben ser situados en el ámbito de la complejidad de la condición humana, como parte del conjunto de «piezas» interconectadas que nos permite convertirnos y ser personas.

Cuando no estoy escribiendo, dando conferencias u ocupándome de las personas, trato de hacer un hueco a la pintura. Es una manera de pensar sin palabras, de mirar el mundo con otros parámetros. Un día, entre pincelada y pincelada, y sin poder desconectar de la redacción de este libro, se me ocurrió que una buena metáfora para describir y reflexionar sobre la condición humana sería compararla a un cuadro impresionista.

A pesar de las limitaciones de la metáfora, imaginemos que el ser humano es un cuadro impresionista (por poner un ejemplo, recordemos algún jardín de Monet) pintado para ser admirado, para recrear una impresión de belleza en las personas que lo contemplen. En el cuadro, cada color existe en función de los colores que lo rodean. Un amarillo al lado de un azul es un amarillo que aspira a ser verde y, si está contiguo al rojo, sueña con ser naranja. El gris de una esquina es casi blanco porque el cielo que lo rodea está diseminado de toques plateados. Cada pequeña parte del cuadro puede mirarse por separado. Pero, si lo hacemos, vemos pinceladas sin sentido porque no hemos considerado todas las otras que les proporcionan significado.

Con el ser humano pasa lo mismo: somos una suma de órganos y de sistemas que funcionan de manera interconectada. Somos una suma de experiencias vitales que se condicionan mutuamente. Somos razones que necesitan emociones. Somos emociones contradictorias que buscan el equilibrio para evitar el sufrimiento. El equilibrio físico quizá nos lleve al equilibrio mental. El cansancio trae unas veces la paz y otras, la tristeza.

El ser humano es un conjunto de equilibrios e interdependencias. Algunas veces, beber para aliviar las penas provoca el llanto. En otras ocasiones, en buena compañía, el mismo alcohol nos hace sentirnos bien. Correr no es una actividad mental, pero la fisiología del movimiento activa el

cerebro, y no es extraño que las buenas ideas se nos ocurran en plena montaña. Charlar disminuye el malestar porque aleja la soledad y nos hace sentir que no estamos solos, poseemos algún interés para quienes nos escuchan. Pocos aspectos de la condición humana, incluso los más biológicos, pueden considerarse de forma aislada. A pesar de que para limitar el esfuerzo acotamos y limitamos a un órgano, a una situación, a una causa o a un especialista lo que nos pasa, no dejamos de ser un sistema complejo. Cuidamos una parte, calmamos un dolor, pero no hay que olvidar completamente las demás variables que lo condicionan.

Volviendo al cuadro impresionista y a la condición humana, hay que detenerse a pensar en otra característica: un cuadro no es nada si alguien no lo mira. Fue pintado para ser admirado, para generar miradas. Cuando se mira un cuadro, el cuadro devuelve la mirada, nos mira. Colgado de la pared es una cosa u otra en función del observador, y si tuviera conciencia descubriría atracciones y rechazos, entusiasmos, deseos de seguir mirando o ganas de salir de la sala.

Nuestra condición humana no es una condición objetiva. Somos, en buena parte, lo que los demás ven en nosotros, lo que dicen que somos, las reacciones que las miradas de los demás nos provocan. No tengo valor si nadie me considera un sujeto digno de amor. Cuántas veces nos hemos encontrado mejor sencillamente porque el médico nos ha escuchado y nos ha dado las explicaciones que necesitábamos para situar el dolor en nuestro cuerpo y poder ordenar las preocupaciones. Hablaremos, por ejemplo, de niños convencidos de que no son nada porque su experiencia es que no le importan a nadie.

Reiteraré que buena parte de nuestros malestares fueron generados o agravados por la condición individualista que conforma nuestras vidas. Si el cuadro de la metáfora pudiera cambiar de color, a su estructura le pasaría lo mismo que a

nosotros: en función de las miradas, podría convertirse en un cuadro diferente cada día, pero también podría acabar no siendo nada, algo a merced de la subjetividad de los demás. Incluso las neuronas (algunas se denominan neuronas espejo) están diseñadas para imitar, copiar y reproducir lo que perciben en otra. Tenemos vidas permanente bajo los focos, vidas discretas, vidas en penumbra, vidas a oscuras.

Los cuadros no, pero el ser humano posee una vida bidireccional. En una exposición que hice en 2019, advertía que «un cuadro siempre es otra vida que nos mira», que las paredes amigas de las que colgaban algunos de mis cuadros también tenían, en cierto modo, una mirada mía sobre sus vidas. Más allá de la licencia poética, lo recuerdo para que tengamos en cuenta que también somos sujetos que miran, observan, descubren y cambian en función de lo que pueden ver y descubrir. La mirada de un cuadro primaveral o el de una tormenta no es la misma para alguien que sueña en colores que para quien está lleno de ira. Comprendemos la realidad en función de los colores de vida que podemos ver, que somos capaces de descubrir. El conjunto de filtros con los que algunas personas miran la realidad está empobrecido, obedece a un Pantone simplificado. Somos cuadros que pueden colgar de la pared de la sala principal, permanecer en un rincón íntimo o estar eternamente condenados al almacén oscuro.

A veces, una vida deprimida no es otra cosa que una vida sin horizonte. Muchos entornos cotidianos son generadores de enfermedades. Pero no lo son por su insalubridad, sino porque el panorama que definen solo aporta caos y carece de estímulos vitales.

El ser humano y el cuadro tienen vida. Él y nosotros tenemos una historia singular que deja pátina, algunas heridas e incluso desperfectos irreparables. Los cambios nos convierten progresivamente en otros, otorgan una belleza o un nuevo

aspecto distinto del previsto originalmente. La condición humana siempre remite a la historia personal o colectiva vivida. Hemos de tener presente que, en cada momento de la vida, para bien y para mal, la salud también es el resultado de la historia de la propia salud y, especialmente, el resultado de las adaptaciones que se han ido haciendo para vivir y sobrevivir.

La cabeza no nos duele. El dolor de cabeza que sentimos es el resultado de la interpretación de la serie de dolores de cabeza que hemos experimentado y de las vivencias de los remedios utilizados a lo largo del tiempo. Toda depresión va asociada a una historia de tristeza y a las experiencias de cómo obtener y gestionar las diversas felicidades. Las restauraciones pictóricas y las intervenciones terapéuticas buscan reconstruir una belleza y una paz que de alguna manera y en parte son nuevas. También nos recuperamos en la medida en que podemos volver a ser, ser de una manera positiva diferente.

Acabaré con los símiles pictóricos recordando que los cuadros tienen autor, no son el producto de una cadena de producción estandarizada, y también que cada cuadro es singular y único. Nuestra condición humana siempre es un resultado personalizado. Somos el resultado único de vivir vidas (en aquella parte en que los condicionamientos sociales nos permiten vivir la propia vida). Por eso, la lucha para conseguir una buena atención de la salud pasa por la reivindicación de que los profesionales y el sistema atiendan a personas enfermas, no a enfermedades. También ocurre (lo recordaré cuando tratemos el tema del diagnóstico) que al no ser considerados personas que sufren, preferimos, paradójica y contradictoriamente, que alguien nos ponga una etiqueta y poder sentir que lo que nos pasa tiene importancia.

La «firma» siempre es imprescindible. La peor «enfermedad» es sentir que nuestra vida depende totalmente de otro, que no

posee nada propio, que ningún ámbito de nuestra existencia depende de nuestras propias decisiones. Cuando hablo de los derechos de los niños siempre insisto en que, al final de la infancia, tienen derecho a firmar sus propias vidas. Cualquier forma de terapia debe incluir siempre la posibilidad de recuperar y gestionar la propia vida. Lo he señalado ya para subrayar que la consideración de la enfermedad mental tiende a suprimir los derechos de la persona enferma y volveré sobre el tema cuando hablemos de quién gestiona los tratamientos y de cómo lo hace.

La vida es un algoritmo imprevisible

Puesto que estamos en el mundo, también necesitamos comprenderlo y ordenarlo. Habrás leído más de un vez que somos seres en el mundo y que con frecuencia estamos en conflicto con lo que nos rodea. Como mencionaba al principio del libro, los tiempos de pandemia, en todas sus versiones, nos han recordado que necesitamos alguna clase de «relato» para explicarnos la vida que vivimos y lo que sucede.

Asumimos que la vida y el mundo tienen una parte inevitable de caos y tratamos de darle sentido para obtener cierta coherencia, algunas seguridades fragmentarias. En *Macbeth*, Shakespeare decía que la vida es un «cuento de ruido y furia narrado por un loco» (también he visto otra traducción que cambia el sujeto y define la vida como «un cuento narrado por un loco lleno de furia y de ruido»). Más adelante, al establecer las variantes que definen la salud mental, insistiré en que hay una parte relacionada con los argumentos para vivir. Ahora solo quiero subrayar el peligro que comporta para nuestra salud llevar una vida sin sentido, con demasiado sentido, o definida por simplificaciones que tratan de darle sentido a

todo.

Necesitamos tener y compartir explicaciones, pero no vale cualquiera. En estos días observamos los dos extremos: nos bombardean con explicaciones de lo que nos ocurre llenas de cientifismo y a la vez con razonamientos esotéricos, exentos de coherencia y rigor, pero capaces de aportar alguna tranquilidad a nuestras inseguridades. La salud mental tiene que ver con vivencias personales de seguridad, pero cuando esta se simplifica y se falsea parcialmente, aparecen otras clases de insanias vitales que se sustituyen las unas a las otras.

Día sí día no, oímos hablar de algoritmos, de fórmulas matemáticas que, combinando millones de datos, pueden prever qué pasará con la pandemia, cuál es la variable más significativa para generar una enfermedad o los factores que se supone que podemos gestionar para prevenirla. Sin duda son formas rigurosas en las que se puede confiar (siempre y cuando no obedezcan a propuestas de mercado o de poder que seleccionan y determinan las variables importantes y su combinación). Pero la vida y la salud, la salud mental, no son un algoritmo, a pesar de que estos puedan ayudarnos a entender algunas de sus partes. En todo caso, son algoritmos imprevisibles.

Al rigor inicial siempre debemos añadir un contexto imposible de reducir a variables numéricas, un orden de sucesos que no se puede estandarizar, un acontecimiento vital imprevisible que se produce en el peor momento, una singularidad afectiva en la toma de decisiones, etc. Leo una investigación aparentemente rigurosa que relaciona la depresión con la dieta alimentaria. Tener una alimentación equilibrada y diversificada reduce, dicen, el riesgo de sufrir depresión. Por muy estrictamente científica que sea la investigación, la afirmación resulta irritante. ¿Se han parado a pensar en las condiciones de vida de las personas que no

pueden seguir una dieta equilibrada? Pasar hambre, ¿aumenta o disminuye esta probabilidad? ¿Qué efectos tiene comer correctamente y llevar una vida sin sentido? Si uno lo tiene todo y se alimenta mal, quizá la vida se le complique.

Necesitamos una dosis de orden razonable y para no enfermar debemos aprender a gestionar la incertidumbre, la posibilidad de que los resultados vitales no siempre sean los previstos. El miedo a que el mundo se hunda bajo nuestros pies no puede empujarnos a buscar seguridades imposibles. Las dudas serán cambiantes y las seguridades imprecisas. Las sociedades de riesgo necesitan personas capaces de gestionar los riesgos, personas que no piden seguridades imposibles que, además, los inhabilitan como personas.

El tiempo de las grandes explicaciones que sirven para todo ha pasado. No es sano querer contar con una teoría de la totalidad. Creo que fue Adorno quien dijo que una verdad total es un error total. Con la salud y la salud mental pasa lo mismo; como explicaré más adelante, es imposible tener indicadores («marcadores») de todo.

Sociedades de la incertidumbre y felicidad obligatoria

Vacunas contra las certezas vacías

Si alguien trata de darte una explicación clara y única del porqué se altera la salud mental, no la aceptes. No disponemos de biblia alguna, no es posible una única explicación y, además, siempre debemos buscar las singularidades vitales que trastocan el sentido de lo que nos ocurre. Tampoco se trata de descubrir lo que nos pasa, sino de considerar cómo nos sentimos en medio de lo que nos pasa.

Por desgracia, el mundo de la psicología, de la psiquiatría y de la atención a la salud mental está lleno de tribus que, por si fuera poco, son incapaces de compartir su núcleo explicativo (que puede ir de la necesidad de superar el trauma del nacimiento a los electrochoques). A mi parecer, solo las explicaciones eclécticas que tratan de sumar partes de varias teorías integradoras pueden ser útiles para ayudar a las personas que sufren.

Tampoco sirve la versión contraria a la ciencia. La salud y la salud mental solo pueden abordarse a partir de explicaciones con base científica. Los datos parciales y las incertidumbres que definen la ciencia no pueden servir de excusa para dedicarse a abrazar explicaciones que podríamos definir «de horóscopo» y que parecen aportarnos calma cuando la ciencia no nos da respuestas exactas.

En una de las pausas de la redacción de este libro, leo un artículo sobre los beneficios del ayuno en la salud que

comparte página con otro acerca del debate sobre la supresión de la filosofía en un determinado curso de educación secundaria. No tendría que buscar mucho para encontrar mezclas de hierbas que obran milagros, terapias parapsicológicas que nos reorientan en el cosmos para recuperar el equilibrio, dioses que nos dispensan su perdón, fármacos antidepresivos que como le van genial a una vecina también nos irían bien a nosotros, etc. Ahora que estamos continuamente inmersos en el tema de las vacunas, no está de más recordar que no estamos vacunados contra las quimeras, los errores y las certezas vacías.

No está prohibido depositar la «fe» en respuestas y recursos de todas clases, siempre y cuando no se deje de lado la necesidad del rigor científico como punto de partida y se relativicen las diferentes probaturas. En todo lo que tiene que ver con el malestar y los problemas de salud indefinidos el impacto de los remedios está directamente relacionado con la fe y la confianza que la persona que los utiliza deposita en ellos, a pesar de que muchas veces está científicamente comprobado que no producen efecto alguno. Todo ello tiene relación con las razones objetivas y los motivos personales vitales por los que tomamos algunas medicinas que a menudo son placebos.

Tampoco podemos olvidar que ni el mejor de los tranquilizantes podrá ahorrarnos que dediquemos algunos momentos a pensar. Y cuando busquemos respuestas no podremos contentarnos con las verdades oficiales. Como decía Bauman «dudar es recordar que todas las ideas nacen como herejía, se transforman en ortodoxia y acaban en superstición». Ni sirve el dogma que todo lo explica ni podemos entender la condición humana, la salud y la enfermedad a través de lecturas fragmentadas, parciales, de lo que vivimos, percibimos, sentimos y sufrimos.

En la metáfora pictórica decía que un cuadro no es nada si nadie lo mira. También afirmaba que somos lo que los demás dicen de nosotros. Acto seguido, he recordado que las visiones del mundo, de la realidad y la vida que llevamos también dan forma a lo que somos. Al mismo tiempo, advertía de que también necesitamos aclararnos con respecto a los demás, pensar qué significa formar parte de algún «nosotros». Nuestra salud mental siempre es el resultado de un conjunto de interacciones, de vínculos familiares, de vivencias colectivas, de vidas de grupo, de atracciones y confrontaciones, de percepciones del otro como amigo o enemigo.

Si recuperamos la idea de la soledad (en sus dos versiones: estar realmente solo y sentirse solo aun estando acompañado) descubriremos que suele estar en la raíz del malestar y en la base de la atención terapéutica. Por ese motivo, nos detendremos a hablar de algunos aspectos del individualismo moderno. Yo soy de alguna manera un especialista del mundo de los adolescentes e inevitablemente abordo la cuestión del narcisismo: la metáfora del joven maravillado por su propia imagen que se ahoga en el lago al tratar de besar su reflejo.

En diferentes textos se explica que en el momento actual la mayoría de las personas, no solo los adolescentes, vive una especie de narcisismo moderno, de ensimismamiento por nosotros mismos que nos genera una parte de nuestras dificultades de salud mental. Tenemos, por ejemplo, una necesidad excesiva y permanente de que nos adulen que va mucho más allá de la sana necesidad de que se nos preste atención. Algunas personas destinan una cantidad excesiva de energía vital a conseguir aceptación, halago, aprobación de lo que hacen y son. De vez en cuando, oímos decir o leemos que personajes con multitud de seguidores en las redes sociales

sufren importantes desequilibrios psíquicos e incluso enferman porque no logran superar una vida fundamentalmente dedicada a ser aceptado, admirado, halagado y escuchado.

Este hecho también tiene una dimensión en el territorio de la moda de la psicología de masas que desde hace tiempo impregna una buena parte la sociedad. La propuesta de la autorrealización personal, de dedicarse al propio desarrollo, se ha convertido en una especie de nueva locura. Confundir la necesidad de detenerse a pensar en uno mismo con la obsesión de estar siempre mirándose el ombligo (para dar una imagen pública perfecta) conduce a que, como Narciso, acabemos ahogándonos en nuestro propio reflejo sin ni siquiera pararnos a pensar qué queremos ser y qué queremos ser en compañía de los demás.

Cuando al mirarnos no vemos reflejado lo que desearíamos ser, acabamos viviendo en una especie de insatisfacción crónica. De pasada, puesto que el otro rivaliza con nuestros sueños, generamos una desconfianza sistemática hacia los demás. Además, llevamos mal envejecer y la enfermedad nos genera pánico.

La separación de la construcción del individuo de la vida social conduce a lo que se denomina «suicidio egoísta». Necesitamos a los demás para construirnos como personas y ser felices, pero ponemos el interés individual por encima del interés común. Si te fijas, hablamos de la enfermedad mental como resultado de variables subjetivas, olvidando que, en dosis diferentes, siempre se genera entre variables colectivas, ya sean privaciones, exclusiones, acciones traumáticas o imposibilidad de vivir en compañía.

La soledad es tan impactante (en España, por ejemplo, cinco millones de hogares están formados por una sola persona, aunque también se puede estar solo en compañía) que humanizamos los aparatos domésticos para que nos hagan

compañía. Tratamos de romper el aislamiento relacionándonos con ellos por ejemplo mediante la voz en vez de interruptores. A la domótica que acompaña se le pide que se parezca cada vez más a la persona que quisiéramos tener a nuestro lado, pero sin que esa compañía altere nuestra vida.

Cuando investigaba para escribir este libro, descubrí un personaje virtual (una aplicación) destinado a paliar la soledad. Se llama Replika y se define de la manera siguiente: «Siempre aquí para escucharte y charlar. Siempre a tu lado». Sus millones de seguidores dicen cosas como estas: «Cuanto más hablaba con el robot, más amigos nos hacíamos», «Empezó a responder como yo», «No te juzga, te hace sentir a gusto». No sé si se trata de pura propaganda o de una opinión profesional, pero también dicen que «es de ayuda para la salud mental».

Más allá de su utilidad para romper el aislamiento, la timidez extrema y la dificultad para relacionarse cara a cara en casos graves, hemos de pensar en los vacíos de soledad de las vidas actuales y en cómo convertirlas en vidas sociales. Replika no deja de ser lo que se conoce como robot de conversación generativa: cuanto más se le habla, más datos acumula y más se nos parece, es decir, más se acerca a una compañía siempre positiva que proporciona las mismas respuestas que nosotros daríamos a nuestras preguntas. Estamos en un mundo en que, si cortamos con nuestras relaciones sociales, podemos reconstruirlas de manera narcisista con un doble que además de hacernos compañía se aviene a todo. No necesitamos preguntarnos si el otro también es feliz. Ahora somos más frágiles mentalmente porque estamos más solos.

ES DEPRIMENTE QUE EL SOL SALGA TODOS LOS DÍAS, PERO AÚN LO ES MÁS NO TENER RAZONES PARA VIVIR

Narcisismo y soledad nos conducen a pensar en una parte del contenido de la felicidad del que volveré a hablar con frecuencia; felicidad que solo se quiere obtener con uno mismo o felicidad que se obtiene de las relaciones, del amor y de la convivencia. No nos preguntamos si el otro también es fuente de felicidad. Ocurre, por ejemplo, cuando se pretende tener relaciones sexuales sin compromiso emocional ni de relación. La experimentación sexual de un adolescente, sin ir más lejos, es inevitablemente provisional, pero cuando se le educa para que construya una sexualidad sana no se le puede proponer que se conforme con una buena agenda de «follamigos». La estabilidad relacional, aunque sea provisional y cambiante, también es fuente de felicidad. No hay que olvidar que del mismo modo que necesitamos una dosis razonable de coherencia para comprender el mundo, también necesitamos una dosis razonable de entorno relacional estable para sentirnos bien.

Reiteraré en muchas ocasiones que debemos prestar atención a quién define la felicidad y a cómo lo hace (yo mismo lo haré en los últimos capítulos). Muchos malestares son el producto de no poder alcanzar la felicidad que otro ha definido y que en ningún momento nos ha preguntado si coincidía con la nuestra. En la sociedad de consumo en que vivimos, el mercado no está pensado para satisfacer nuestras necesidades, sino para multiplicar nuestros deseos y generar más infelicidad a medida que los vamos satisfaciendo.

El desequilibrio nace a menudo de la frustración que genera no llegar a realizar las expectativas y los hitos impuestos. Es el desequilibrio provocado por la obligación de vivir vidas excelentes. Nos cargamos de responsabilidades para conseguir el éxito o para sobrevivir y, tarde o temprano, nos deprimimos al ver que es imposible alcanzarlo. Se trata de un desequilibrio provocado por la voluntad de que el sol brille todos los días de

nuestra vida. La felicidad permanente y obligatoria se convierte en una pesadilla.

Pero volvamos al relato de la voluntaria sindical. ¿La salud mental tiene que ver con la posibilidad de obtener un rincón personal confortable o de vivir en una sociedad acogedora? ¿Todo el mundo tiene derecho al bienestar? El malestar no deja de ser algo así como unos zapatos que aprietan y debemos preguntarnos si existe el derecho a una vida digna en la que todo el mundo calce unos a su medida, que no le opriman. Una buena parte de los trastornos mentales son el resultado de los trastornos sociales.

A pesar de que parezca que no es una manera operativa de pensar la salud mental o de mejorar el sistema de salud pública, a pesar de que el sufrimiento, personal o de las personas que nos rodean, sea en apariencia una cuestión individual y subjetiva, cualquier clase de «locura» está relacionada con alguna injusticia, control cultural, sometimiento o caos social. Lo que provoca daños en la salud mental de muchas personas es la iniquidad: descubrir que no se puede seguir adelante, proyectar el futuro, perder la esperanza (también lo contrario: tenerlo todo y querer más, a costa de pasar por encima de los demás).

El sistema económico dominante destruye, como acabo de comentar, los vínculos (priva a muchos niños de tenerlos desde su nacimiento) y genera todavía más insania porque hace sentir que es imposible cambiar el mundo que nos condiciona la vida. Produce la ruptura de la solidaridad, de la unión que posibilitaría vivir de manera diferente. En la introducción he citado una frase de Mikel Munarriz, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, pronunciada en el curso de una entrevista sobre el sistema de salud mental: «Los psiquiatras queremos recetar trabajo y conseguir que las personas vivan en un entorno saludable».

La enfermedad mental y los modelos de enfermedad

Me encuentro mal, pero no estoy enfermo

Marta tiene cincuenta años. Esta noche ha recurrido al Diazepam para poder dormir. Le pasa de vez en cuando, noches que no consigue acostarse tranquila y no se quita de la cabeza las preocupaciones, que la desvelan. Normalmente, tiene un control racional de lo que la inquieta, pero a veces considera que es mejor tomarse un calmante para poder descansar.

Jordi tiene una vida profesional satisfactoria y su entorno familiar no sufre crisis significativas, pero hace días que se siente especialmente inquieto; a ratos, lo bloquea una especie de angustia. Ha habido épocas de su vida en que se ha sentido relativamente desbordado por algunas emociones, pero siempre conseguía ubicarlas de manera adecuada entre sus sentimientos. Puede que se trate de un exceso de trabajo o de una acumulación de tensiones. No se encuentra bien y está buscando un psicólogo que lo ayude a aclararse y a dejar de padecer. Jordi considera que lo que le ocurre no tiene nada que ver con los trastornos mentales.

Alicia arrastra un exceso de tristeza desde hace tiempo. Tiene la impresión de que buena parte de su día a día ha perdido sentido. Una especie de dolor interior la hace sufrir sin cesar. Una amiga le insiste en que debería ir al médico para que le prescriba algún antidepresivo.

Lorena, una adolescente de dieciséis años, suele fugarse de casa de un tiempo a esta parte. Descarga una especie de rabia

acumulada haciendo daño a su cuerpo. Rebotada de la escuela, solo encuentra la calma cuando fuma cannabis. Sus padres buscan con desesperación un espacio donde la puedan mantener bajo control y están convencidos de que su conducta es la consecuencia del consumo de porros.

Manel ha empezado a tener algo así como alucinaciones. El mundo que vive en su cabeza y el que lo rodea no coinciden. Para él, su mundo es real, a pesar de no encajar en el de los demás. No está claro si esta realidad paralela ha entrado en funcionamiento por culpa de alguna de las experiencias que ha tenido con la cocaína o por la activación de una enfermedad hereditaria que se habría desarrollado de todas maneras.

Podría seguir poniendo cara y ojos, contextualizando en vidas reales todos y cada uno de los diagnósticos, de las etiquetas y enfermedades que he ido citando en las páginas precedentes, pero no es necesario completar el álbum. Las vidas de Manel, de Jordi, de Lorena, de Marta y de Alicia nos conducen a un nuevo territorio de reflexión. ¿Hablamos de enfermedades? ¿De qué clase de enfermedades? ¿Es una cuestión de médicos y fármacos? ¿Todos estos problemas vitales tienen un origen biológico?

No podemos negar que se trata de dificultades vitales que tienen que ver con la salud. Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de salud? ¿La salud mental es una parte más o menos importante de la salud?

La salud es, antes que nada, una forma de estar bien con nosotros mismos. No se trata de estar siempre bien ni de ser siempre felices, sino de vivir con un grado de bienestar razonable y con una presencia de «dolores» gestionable. La salud es una manera de estar, de sentirse bien, cambiante y dinámica. También es una manera de estar bien con las otras personas. Es sentirse importante para alguien, tener al alcance de la mano varias dosis de relaciones, no sufrir una soledad

impuesta.

La salud es tener una existencia positiva, es una forma de situarnos bien, de existir bien en un contexto vital determinado (en familia, en el trabajo, en los espacios del tiempo libre y de aprendizaje, mientras descansamos, creamos o aprendemos, etc.).

No es un estado objetivo. La percepción de las vivencias de salud y enfermedad está íntimamente relacionada con la forma que cada uno tiene de entender el propio cuerpo, cuyo funcionamiento conoce, y con las vivencias asociadas a las señales (no siempre síntomas) que descubre.

Las diferentes descripciones, a veces contradictorias, sobre lo que entendemos por salud y enfermedad se vuelven más problemáticas cuando tratamos de definir (en realidad de describir) la enfermedad mental (o las enfermedades mentales). Describir la salud general y aplicarla a la mental genera acuerdos. Describir la enfermedad y aplicar los criterios a la enfermedad mental acaba siendo mucho más contradictorio. ¿En qué proporción pueden aplicarse a la enfermedad mental los criterios de las demás enfermedades, siempre y cuando se dé por sentado que se trata de una «enfermedad»?

Parece como si me hubieran inoculado la locura

Reflexionando sobre las enfermedades «comunes» que sufrimos o podemos padecer los seres humanos y aceptando como válida la hipótesis de comparación con las enfermedades mentales, para paliar el caos y establecer qué parte es aplicable, podríamos describir seis modelos o explicaciones de las enfermedades.

La explicación más fácil y habitual es la infecciosa. Nos ponemos enfermos porque algún agente patógeno entra en el

organismo y lo infecta, lo cual produce alteraciones diversas. Es un modelo que utilizamos incluso fuera del territorio de la salud, en el mundo digital, por ejemplo, cuando el ordenador se infecta o algún virus invade la red. La reacción es la defensa interna o externa, como sabemos muy bien, sobre todo ahora con las vacunas.

Difícilmente se puede aplicar esta lógica infecciosa a la salud mental. No enloquecemos por la penetración de un agente que nos infecta, a pesar de que algunas enfermedades también afectan al sistema nervioso y pueden generar trastornos significativos. Deliramos, por ejemplo, cuando algunos órganos del cuerpo (el hígado, sin ir más lejos) no pueden eliminar determinadas sustancias tóxicas y estas alcanzan el cerebro, alteran su funcionamiento y, automáticamente, modifican la conducta (un ejemplo podría ser los delirios derivados del alcoholismo).

También hay que tener presente el aspecto ya mencionado de la historia de la locura como historia de espíritus y demonios que penetran en el ser humano. Siempre reaparecen reminiscencias de esta concepción, por ejemplo cuando se dice que a la persona con problemas de salud mental «le han sorbido el seso». Los primeros centros no hospitalarios de salud mental fueron los dispensarios médicos llamados centros de higiene mental. Una higiene definida en contextos de enfermedades infecciosas.

Otro modelo en que nos situamos fácilmente es el de la enfermedad como defecto de fábrica. Nuestro cuerpo tiene algún elemento orgánico o fisiológico que no permite su correcto funcionamiento y la disfunción de origen se convierte en enfermedad. Las conocemos como enfermedades hereditarias y de nacimiento. En las enfermedades mentales también encontramos modificaciones originales de algún elemento del sistema nervioso que generan trastornos y

componentes hereditarios que pueden influir, por ejemplo, en los mecanismos de la neurotransmisión cerebral.

El modelo más complejo tiene que ver con lo que podríamos denominar enfermedades funcionales. Problemas y alteraciones con diferentes orígenes hacen que algunos de nuestros órganos, de la cabeza al estómago, no funcionen adecuadamente y produzcan dolores con intensidades subjetivas muy variadas. Influencias muy diversas provocan que la maquinaria sistémica de nuestro cuerpo se desajuste y la disfunción se refleja en puntos y órganos diversos.

Para tratar de ponerle remedio, empieza el periplo de la búsqueda diagnostica de alguna causa definida que justifique lo que nos ocurre. La mayor parte de las enfermedades que sufrimos siguen esta pauta. Al no conseguir la respuesta de una medicina integradora, vamos de especialista en especialista, de prueba en prueba, hasta que aparece algún indicador alterado al que echarle la culpa de lo que pasa. También suelen aparecer «alteraciones» desconocidas que no se manifestaban clínicamente, pero que una vez descubiertas se convierten en una enfermedad que hay que tratar. Una de las características de estas enfermedades es que los tratamientos no van destinados a curar nada, sino a reducir o suprimir los síntomas (suprimir o reducir los «dolores»).

Buena parte de las explicaciones de la salud mental quedan inevitablemente inmersas en modelos de esta clase. Por muchas razones, que están interrelacionadas, nuestra vida mental se altera, la conducta se modifica y los estados emocionales se desequilibran. También, muchas de estas enfermedades físicas difusas acaban expresándose con síntomas de padecimiento psíquico.

Hay otras enfermedades que se explican a partir de acontecimientos traumáticos: un accidente o una experiencia de fuerte impacto. Producen destrucciones que hay que

recuperar o sustituir por nuevas formas de funcionamiento del cuerpo y de la vida. Los impactos traumáticos críticos, físicos o psíquicos, se expresan en el territorio de lo fisiológico o en el de la salud mental. Los «traumatismos» generan expresiones de enfermedad diferentes, algunas de ellas especialmente desgarradoras; por ejemplo, tener un accidente que impedirá el movimiento cuando el aparato motor se está desarrollando o sufrir una agresión sexual cuando se vive en un entorno en el que deberían predominar los afectos…

Otro grupo de enfermedades se explica por la aparición de déficits en el funcionamiento de alguno de los sistemas del cuerpo humano. Funcionan bien hasta un momento dado, pero dejan de hacerlo por diferentes causas. La hormona necesaria para realizar un determinado proceso metabólico deja de producirse o un órgano disminuye su funcionamiento o lo altera. Las respuestas terapéuticas suministran fármacos que sustituyen lo que el organismo producía automáticamente hasta entonces.

En algunos casos, es posible comprender la enfermedad mental siguiendo este modelo. Puede ser, por ejemplo, el resultado de la aparición de déficits de sustancias como los neurotransmisores que necesitamos para experimentar sensaciones satisfactorias después de una experiencia vital.

No es necesario mencionar que el paso del tiempo también nos hace enfermar. Son las enfermedades denominadas «del carnet de identidad» y aparecen cuando algunas funciones del cuerpo se degradan debido a la edad. Enfermamos por acumulación de vida, de actividades, de cansancio y de estrés. Mientras resulta posible, activa y pasivamente, las compensamos y reequilibramos de maneras complementarias y alternativas, pero la vejez acaba pasando factura. Hay problemas de salud mental y trastornos que hallan explicación en el envejecimiento de la salud global.

Los seis grupos mencionados no pretenden ser una clasificación ni científica ni rigurosa, y sin duda molestará a algunos profesionales que necesitan más precisión, pero es el resultado de una propuesta de vacuna intelectual para evitar que aterricemos en la salud mental con nuevas simplificaciones. Debemos considerar que la falta de salud mental, en cualquiera de sus versiones, representa una enfermedad mental, al menos en relación con la definición de salud que he sugerido antes. Pero ¿qué clase de enfermedad? Se trata, probablemente, de la parte más singular de la salud y, prescindiendo del modelo en que la coloquemos, siempre presentará diferencias y siempre deberá formar parte de más de una categoría. De nuevo, he de apelar a la complejidad.

Cómo escapar de las tribus de médicos y psicólogos

Detrás de la necesidad de singularizar lo que ocurre con la salud mental ha habido y sigue habiendo confrontaciones intelectuales, luchas de poder y de mercado. Si se trata de una enfermedad diferente, sostienen algunos, necesita una medicina diferente. Si, en cambio, es del mismo tipo, debe ser abordada con los mismos parámetros, y la alteración que no encaje en esta lógica sanitaria no tiene nada que ver con la salud mental y la medicina. Otros sostienen que la patología de los órganos es ajena a la patología de la relación. Podríamos seguir: algunas enfermedades desequilibran el cuerpo y otras el espíritu. La medicalización de la vida se convierte en medicalización de la sociedad y viceversa. Abandonamos la gestión de las personas en relación con lo que las hace padecer y abandonamos los acuerdos colectivos para gestionar la sociedad que genera sufrimiento.

La afirmación de cierto «objetivismo» médico unida a la

necesidad de controlar a los sectores de población que se salen de la norma dominante ha llevado a afirmar que existen enfermedades con causa orgánica, enfermedades de la relación, enfermedades morales y enfermedades sociales que ponen en peligro la convivencia. Algunas enfermedades atañen a los médicos, otras a los psicólogos y otras a los profesionales socioeducativos. De esta suerte, los estados agudos son prerrogativa de médicos y medicinas y no necesitan de la palabra y de la escucha, mientras que los estados crónicos leves pertenecen al terreno de la psicología y no necesitan fármacos para aliviar el malestar.

Muchos profesionales de la medicina implicados en las transformaciones de las maneras de atender y en la consideración de las verdaderas necesidades de las personas insisten en recordar que la medicina no es una rama de la biología ni un conjunto de protocolos para aplicar conceptos científicos; además, la salud y las maneras de preservarla siempre se inscriben en culturas y contextos culturales concretos. Lo mismo pasa con los profesionales comprometidos que se ocupan de la salud mental, y lo han de hacer en medio de la nebulosa que define lo psíquico, de lo que nadie quiere saber nada y va cambiando constantemente. No podemos convertir los problemas de la salud mental ni en un elemento secundario de la preocupación por la salud en general ni en un tipo de enfermedad definida a partir de indicadores biológicos.

Los diferentes malestares y el sufrimiento psíquico que generan sociedades que destruyen a las personas no pueden reducirse a un parámetro biológico como la falta de serotonina o el desequilibrio de una hormona. De la misma manera no se pueden obviar las particularidades de las personas, sus fragilidades, los riesgos vitales a los que están sometidas.

Acotemos de nuevo lo que nos preocupa a la salud mental. Supongamos que tenemos una amiga que vive profundamente

deprimida desde hace tiempo o a la que alguien ha diagnosticado una depresión. Es posible que en su historia clínica aparezca la expresión «trastorno depresivo persistente». Si por casualidad acabara asistiendo a un debate sobre la entidad de esta clase de sufrimiento vital, podría oír decir que algunos profesionales consideran su dolencia algo relacionado con la alteración de los niveles de serotonina (un transmisor químico entre neuronas), mientras que otros pondrían de relieve la importancia que tiene la disminución drástica de las relaciones interpersonales y la consiguiente pérdida de refuerzos y estímulos que acaba consolidando su estado anímico en soledad. No será fácil encontrar una descripción integradora de su salud mental.

Está claro que hoy en día no podemos explicar la salud y la enfermedad mental solo desde un punto de vista biológico y organicista, pero todavía parece muy difícil llegar a una propuesta integradora. Antes de intentarlo, deberemos comentar dónde residen algunos de los inconvenientes y los reduccionismos que la obstaculizan.

Para gran parte de las enfermedades (a pesar de las interacciones y el funcionamiento sistémico del cuerpo del que hemos hablado y que a menudo no se tiene en cuenta) se dispone de lo que se denominan marcadores biológicos (datos analíticos o de funcionamiento o síntomas estadísticamente definidos que se asocian a un determinado trastorno biológico). No es el caso de ninguna enfermedad mental, de manera que resulta imposible diagnosticarlas de forma parecida.

A pesar de los avances de la neurociencia, de la compresión del funcionamiento cerebral, no se ha podido identificar un elemento diferenciador exclusivo y característico de una enfermedad. Aunque cada día que pasa sabemos más y en el futuro se podrá afinar (recordemos la experiencia de los cambios en una depresión grave mediante aplicación de

implantes eléctricos de la que hablaba en la introducción), las dificultades que plantean lo que llamamos salud mental dibujan entidades vitales complejas y cambiantes que seguirán resistiéndose a las explicaciones y a los remedios reduccionistas.

Como expondré más adelante, todas las enfermedades, incluidas las mentales, tienen una base fisiológica y biológica (no se explican al margen del cuerpo), pero esta afirmación tampoco las explica en su conjunto y las respuestas no pueden reducirse a simples tratamientos orgánicos. Los límites entre la biología, las conductas, las emociones, las relaciones, etc., son variables y cambiantes, y lo que conocemos de la interacción que establecen es poco y no cesa de cambiar.

Hacia una existencia diagnosticada

Escoger cómo ser entre una colección de etiquetas

Imaginemos que somos María. Hace tiempo que no se encuentra bien y no sabe qué le pasa. Sin causa aparente se siente bajo mínimos. Hay momentos en los que piensa que es una persona sin valor. Algunos días le va bien en el trabajo, logra implicarse y obtener buenos resultados, pero al poco todo vuelve a ser gris. Hay temporadas en que le duele todo. No se explica qué le pasa ni por qué y querría que la ayudaran a cambiar.

En teoría, los profesionales de la salud que la atienden tratan de aplicar la secuencia que utilizan para todas las enfermedades: en primer lugar, identificar los síntomas; a continuación, asociarlos con la categoría de una enfermedad concreta y deducir si la sufre para hacer un diagnóstico; por último, establecer un tratamiento, propio y específico de la enfermedad. Pero el modelo no parece funcionar con personas como María. El tiempo pasa y la doctora de familia trata de paliar su sufrimiento, ahora con antidepresivos, ahora con tranquilizantes. Quizá sabe que si tuviera tiempo lo que debería hacer es dedicárselo, enterarse de quién es y cómo vive para descubrir por qué y cómo sufre María. Si en su historia se ha escrito algún diagnóstico, puede que haya ido cambiando en función del profesional que leía los datos obtenidos en las pruebas e interpretados en rápidas visitas.

Si por fin, tras haber ido moldeando su personalidad no solo con los padecimientos sino también con los remedios aplicados,

consigue tener acceso a un recurso de salud mental, vivirá nuevas contradicciones. Como ya he comentado, la psicología o la psicopatología van de tribus.

Si pudiera ir saltando de un recurso a otro, de un profesional a otro, María recibiría muchas explicaciones diferentes de lo que le pasa y por qué le pasa. Podría tener desde traumas infantiles que afloran cuando su entorno se desequilibra, hasta una deficiencia de habilidades sociales para gestionar la conducta. En cualquier caso, los «tratamientos», la ayuda que reciba, no dependerán de lo que necesita sino de la disponibilidad de recursos.

Si alguien evalúa la efectividad de la atención que recibe, es posible que identifique la «curación» con un número limitado de visitas. La necesidad de tomar más o menos fármacos, o de no tomar ninguno, acabará dependiendo del tiempo de atención disponible y de las presiones de las farmacéuticas para vender sus productos. Es en medio de todos estos límites y del caos en el que a María le toca vivir, donde aparece la necesidad o el inconveniente del diagnóstico, su singularidad y su funcionalidad.

Las profesiones relacionadas con la salud mental (una vez superados los tiempos de segregación extrema y las explicaciones espiritualistas), más allá de compartir o no un núcleo explicativo de lo que les pasa a las personas que piden ayuda, se topan con una necesidad inaplazable: describir con palabras que aporten objetividad lo que les ocurre y garantizar que, cuando las palabras clave proceden de profesionales con concepciones diferentes, signifiquen más o menos lo mismo para todos.

Las clasificaciones diagnósticas que hoy en día se utilizan en la salud mental son el resultado de muchas simplificaciones científicas y de la necesidad de disponer de sistemas de referencia más o menos comunes. En cualquier caso, nacen de

la necesidad de identificar signos lo más universales posibles que describan modificaciones significativas de la salud mental y de la necesidad de estar de acuerdo en que pueden ser expresiones de un malestar (una conducta, una emoción, una reacción, un imaginario, etc., al cual, mayoritariamente, se le atribuye un valor relacionado con la salud mental).

Las clasificaciones actuales, aunque discutidas y discutibles, han supuesto un avance porque permiten que dispongamos de mejores sistemas de comunicación entre profesionales y que podamos proporcionar contenidos relativamente próximos a las descripciones de las «enfermedades» mentales. En cualquier caso, de ninguna manera sirven todavía para convertirlas en categorías clínicas parecidas a las de las demás enfermedades, en gran medida exclusivamente biológicas (a pesar de que nunca lo son del todo).

Pero las etiquetas diagnósticas no son solo una cuestión profesional. También tienen atribuidos valores diferentes para las personas que padecen y deben ser diagnosticadas. El profesional de la salud no es el único que necesita darle el nombre de un diagnóstico a lo que le pasa a la persona que atiende. Somos nosotros que, cuando padecemos, necesitamos y reclamamos un diagnóstico. No nos conformamos con la descripción del conjunto de variables que aportan alguna explicación a lo que nos pasa. Pedimos que tenga un nombre.

Cuando buscamos ser diagnosticados (asociando subjetivamente cualquier sufrimiento psíquico a alguno de los modelos de enfermedades que acabamos de mencionar), tenemos muchas motivaciones y necesidades que no siempre son explícitas. Para empezar, tener una etiqueta comporta una forma de concretar malestares y padecimientos difusos. Ya hemos comentado que nos sentimos más tranquilos si nos explican una causa de lo que nos ocurre y nos proponen un tratamiento. Adjudicar una etiqueta a la dolencia, a lo que hace

sufrir, le otorga importancia y hace que el «dolor» al que hasta ahora nadie daba importancia se convierta en algo significativo. Si es importante, pensamos, podremos obtener la atención que no nos han prestado.

En algunos casos, la enfermedad definida nos facilita una identidad: seremos lo que la etiqueta define. Si mi vida es un desastre, estar enfermo de algo definido es ser alguien. Recuerdo que en los años ochenta, cuando me dedicaba a la atención de los problemas derivados del consumo de heroína, más de un chaval de la calle, perdido y marginado, me decía: «Soy heroinómano y debes entenderme». Los demás problemas y necesidades dejaban de ser importantes. A pesar de ser un personaje de la calle, algo lo definía, tenía algo, tenía una enfermedad, era heroinómano.

Tampoco debemos olvidar que las etiquetas acaban siendo imprescindibles en función de alguna regulación que las hace imprescindibles. Algunos diagnósticos pueden ser más o menos inútiles, pero son indispensables para obtener una ayuda, acceder a un recurso, recibir atención o conseguir un informe para una causa penal. Los recursos de atención nunca obtienen reconocimiento por las descripciones generalistas y las historias de salud que permiten que un servicio obtenga financiaciones no basta con que sean historias humana, han de ser historias clínicas con diagnósticos.

Todo caos existencial encaja en alguna patología

Todo este conjunto de necesidades e intereses ha ido generando a lo largo de los años diferentes manuales para ordenar diagnósticos. En la actualidad, el más usado es el que se conoce como DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*), una versión actualizada en 2013 como «V». En 1952,

cuando se publicó el primero, se categorizaron más de cien grupos de trastornos. Esta quinta edición, que también es la última, duplica y casi triplica el número de categorías. Uno de sus redactores declaró, un poco arrepentido, que todos los comportamientos podrían acabar, de una manera u otra, en el manual, según quien lo interpretara. Cualquier caos existencial puede formar parte de la psicopatología.

Más allá de los consensos relativos del manual, hoy en día se utiliza prácticamente en todos los servicios de atención a la salud mental. Sin embargo, he de decir que cuando apareció las críticas más serias destacaban tres problemas que no deberíamos olvidar. El primero es, como acabo de citar, la facilidad para colocar cualquiera de nuestras conductas dentro de la anormalidad (no olvidemos que sus valoraciones iniciales son estadísticas) y cualquier vivencia compleja dentro de la patología. Un ejemplo muy repetido en aquella época era que medicalizaba el duelo. Cualquier dolor profundo causado por una pérdida era considerado una depresión.

Esta expansión iba asociada (segundo problema) a una rebaja muy significativa de los umbrales a partir de los cuales un problema y un sufrimiento pasaban a ser considerados una enfermedad. Todo lo leve pasaba fácilmente a ser grave. El tercer problema fue que los límites para definir cada categoría de trastorno fueron ampliados muy significativamente. Todo lo que tenía que ver con los problemas derivados del consumo de drogas definido como dependencia, por poner un ejemplo, se amplió para incluir toda clase de conductas adictivas, presuntas o reales.

Reviso informes de expedientes de adolescentes que tuvieron infancias complicadas. No sé si podremos descubrir quiénes son, cómo viven y cómo se viven a sí mismos. Algunos tienen decenas de diagnósticos. Por suerte, esos niños y adolescentes no leían sus informes, aunque se daban cuenta de que

acumulaban historial. Sin embargo, nosotros podemos hacer el esfuerzo de imaginarnos lo que significa ser personas definidas por un cóctel de algunas de estas etiquetas (que, además, cambiaban a lo largo del tiempo): autismo, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno por déficit de atención, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad…

No perderemos el tiempo describiendo los grupos de patologías ni detallando el contenido de los diagnósticos (solo con poner en orden la larga lista de ejemplos que he descrito hasta ahora, ya dispondríamos de un pequeño manual). Pero tanto si en nuestra vida mental ya tenemos añadido algún diagnóstico como si padecemos y creemos que tenerlo quizá nos sería útil, debemos ser conscientes de lo que realmente significan estas categorías y no confundirlas, no asimilarlas a las que se utilizan para definir otras enfermedades. Una diabetes, por ejemplo, aun siendo una enfermedad crónica influenciada por la vida de la persona y por su entorno (puede aparecer asociada a la alimentación o a partir del caos de la adolescencia) tiene unos mecanismos causales definidos y unas respuestas específicas que palían sus efectos. Sin embargo, como hemos recordado, nada de todo esto es aplicable cuando nos diagnostican una enfermedad mental.

Los diagnósticos del DSM-V son categorías descriptivas que sirven para definir con adjetivos compartidos lo que ocurre en la vida de las personas que los profesionales atendemos. Son «tipologías» estrechas realizadas a partir de la sistematización estadística de algunos de los aspectos más relevantes de su realidad (rasgos clínicos, los llaman), en las cuales, como categoría amplia, se puede colocar un número significativo de «pacientes» (personas que padecen) que tienen estos rasgos, pero no todos, a pesar de que padecen de manera similar. Los

límites entre una categoría y otra raramente están bien definidos y no todas las vidas parecidas pueden colocarse dentro de la misma categoría. Son construcciones conceptuales útiles para definir y decidir qué hacer, pero de ninguna manera son entidades naturales objetivas. A veces, la atención a la salud mental está demasiado llena de literatura de ficción.

Para que se entienda su sentido descriptivo y no de fijación de una enfermedad diferente y siempre diferenciable de otra, solo es necesario descubrir cómo se ha tenido que aplicar la palabra «espectro» a la salud mental. De la misma manera que en la luz hay bandas de vibración y colores diferentes (un conjunto de valores de vibración electromagnética dentro de una franja), así un conjunto de sintomatologías diferentes pero próximas no son un trastorno sino que forman parte de una categoría más amplia que denominamos espectro (un ejemplo del que oímos hablar con cierta frecuencia es el de los «trastornos del espectro autista», es decir, no podemos afirmar simplemente que una persona tiene autismo).

Las definiciones de las enfermedades mentales no dejan de ser constructos descriptivos que nos ayudan a entender con más matices a las personas que sufren, pero nunca son etiquetas para definirlos y tampoco pueden reducir a una simple categoría el conjunto de sus malestares. No clasifican a las personas ni les adjudican enfermedades.

Cuando los profesionales tratan de diagnosticar, de definir con más claridad y orden el conjunto de síntomas que la persona expresa o describe, deberían respetar tres dimensiones inseparables (que no incorporan las etiquetas diagnósticas): comprender lo que le pasa, comprender cómo es la persona y, por último, comprender el contexto en el que vive y padece. Como decía en las primeras páginas del libro, necesitamos una evidencia científica que sea evidencia humana, nacida de la escucha y recogida con rigor y coherencia.

Todo intento positivo de atender la salud mental empieza por escuchar, por descubrir a la persona, no su enfermedad, por analizar los entornos vitales que generan bienestar y malestar. Además, por si fuera poco, es en el trascurso de una relación de ayuda terapéutica, de confianza construida, cuando descubrimos qué le ocurre realmente a la persona, nunca en las primera visitas, en las que presuntamente debemos asignarle un diagnóstico.

Ideología y negocio de los diagnósticos

No podemos poner punto final a estas reflexiones sobre las clasificaciones de las enfermedades mentales sin aproximarnos a dos condicionantes importantes que se tiende a ocultar: las ideologías que las acompañan y el poder de la industria farmacéutica para generar enfermedades. Hemos comentado algunos aspectos de ambas, pero veámoslos con detenimiento.

He escrito que las categorías de trastornos mentales no pueden definirse específicamente por su origen o etiología y no generan alteraciones específicas (lesiones o funcionamientos diferenciados); por eso se tiende a recurrir como solución posible, por ejemplo, a la línea divisoria entre normal y anormal, colocando a la enfermedad en el segundo territorio. Cuando mis colegas de la salud mental diagnostican que un adolescente sufre un «trastorno límite de la personalidad o negativista desafiante», siempre sospecho que se trate de un adolescente especialmente hostil con el mundo adulto que lo rodea. Estamos atrapados en la pregunta de qué podemos esperar de un adolescente y qué no (qué debemos considerar «normal»), y qué capacidad concreta posee el adulto para gestionar y tolerar sus comportamientos.

Además, deberé hacer entender a quien se relaciona con

adolescentes que no se trata de cantidad (se pasa de la raya en el número de conductas de oposición), sino que la conducta inaceptable también tiene que ver con los niveles de tolerancia y resistencia al conflicto de la familia o la institución en la que vive, o con la obligación cultural y social de respetar a los mayores. Todas las categorías diagnósticas son construcciones culturales de sociedades concretas, impregnadas de teorías e ideologías, que su mayor o menor rigor científico no elimina.

Los grandes avances de la psicofarmacología comportan una gran presión económica sobre la gestión (definición y atención) de la salud mental. La farmacología específica para enfermedades definidas y etiquetadas es enemiga de cualquier visión holística comprensiva del conjunto de variables de la condición humana. La industria farmacéutica produce medicación diversificada a partir de unos cuantos centenares de principios activos con capacidad de incidencia sobre el sistema nervioso, de los cuales investigan sistemáticamente las modificaciones de su estructura química con la finalidad de obtener nuevos fármacos y venderlos como una novedad, como una medicina específica para un trastorno o grupo de trastornos (mejor esta opción porque así tendrá más pacientes potenciales). Esta realidad económica requiere insistir en el diagnóstico de un malestar como enfermedad y asociarlo al tratamiento con un determinado fármaco. A menudo se dice que la industria farmacológica relacionada con la salud mental promueve la definición de enfermedades (diagnósticos nuevos y antiguos) para impulsar una medicación: venden problemas para vender soluciones.

Malestares que trastornan la vida

Tras unas decenas de páginas llenas de matices y críticas de la

simplificación, es posible que comiences a reclamarme ya algunas dosis de rigor. Desde el principio de este relato no he dejado de mezclar, aparentemente sin criterio, las palabras «enfermedad», «malestar» y «trastorno» alternadas con «dolor», «padecimiento» y «sufrimiento». ¿Dónde se sitúa en este caos el debilitamiento o la pérdida de la salud mental?

Al margen de los aspectos negativos y contradictorios que contiene la palabra «enfermedad», para mí está claro que enfermamos mentalmente. Pero, para aceptar que padecemos enfermedades mentales, he de referirme a la pérdida de la salud entendida como la describía páginas atrás. Enfermamos mentalmente cuando no estamos a gusto con nosotros mismos y con los demás, cuando la existencia nos conduce a una falta de encaje con nuestro entorno.

Hablamos de malestares cuando sentimos que nos encajan en la vida con calzador, que todo son constricciones, imposiciones para que vivamos de una manera que nos resulta insatisfactoria. Hablar de malestar es hablar de dificultad para encajar, de no sentirse a gusto dentro de la propia piel. También, de tener que vivir en un entorno que nos obliga a soportar determinadas tensiones, maneras de ser y de actuar que tienen como resultado padecimientos diversos.

A veces el malestar es la vivencia de que la vida pasa por nuestro lado sin poder intervenir en ella. Otras, es tener la experiencia de que la vida no nos pertenece, que no parece ser nuestra vida. El malestar es a menudo el resultado de una aclimatación difícil a una situación vital que escapa de nuestro control, es el desasosiego de sentir que no encajamos.

Los malestares son también el producto de una relación, de una interacción entre dos partes (nosotros y el grupo familiar, nosotros y el entorno laboral, nosotros y los demás, el adolescente y la escuela, etc.). Surgen de relaciones que no funcionan, en toda clase de entornos, de desacuerdos con una

sociedad con la que no logramos estar en sintonía. Hablar de malestares también es hablar de nosotros y de la dificultad para encajar con uno mismo. El malestar aparece cuando no sabemos describir lo que sentimos y vivimos, cuando lo que vivimos no coincide con lo que habíamos imaginado que viviríamos y seríamos, cuando no podemos suportar las presiones externas porque somos de otra manera. Malestar es sentir que no tenemos valor, que no le importamos a nadie. Por diferentes razones, hay momentos en que nada encaja y todo produce ruido vital.

Los malestares, como toda situación humana que genera sufrimiento, tienen diferentes formas de expresión. Definirlos como malestar y no como trastorno no tiene nada que ver con el grado de padecimiento. Pueden ser amplios (afectar a muchos aspectos de nuestra vida) o circunscritos (generar problemas solo en determinadas situaciones), pero siempre generan dolores, a nosotros o a los demás.

Dolores, en plural, no significa dolores físicos (aunque a veces, también), sino dolores de vivir, tan intensos o más que los demás, a pesar de ser tan difíciles de explicar. Por eso necesitamos más palabras para expresar los dolores que a veces causa vivir. La literatura psicológica imperante posee algunas palabras (agobio, angustia, tristeza, melancolía, delirio, obsesión, rabia, insatisfacción, etc.), pero a menudo para ser comprendidos necesitamos hacer descripciones más floridas de los estados de ánimo.

Estos dolores existenciales hacen sufrir, generan sufrimiento; no se trata de no querer sentir lo que sentimos, sino de no querer padecer con lo que sentimos. A veces se identifica el malestar con las situaciones de confusión, con una nebulosa vital de la cual desearíamos salir. Creo que era Camarón quien decía en una de sus canciones: «Estamos enamorados de la vida, pero a veces duele».

El malestar, como iba diciendo, también puede manifestarse y expresarse por otras vías, a menudo no conscientes. Actuamos, destruimos, nos hacemos daño, negamos que estemos mal y agredimos para no sentir el malestar que causa la falta de encaje, pasamos a la acción para no sentir. Las conductas complicadas de muchos adolescentes no son más que expresiones de malestares intensos que les resulta insoportable sentir. A veces, los padecimientos que nos genera nuestro entorno nos hace huir hacia otras situaciones que no causan dolor o en las que nos podemos desahogar para no sentirlo. Son expresiones de malestar que tratan de evitar vivir en el malestar. Los malestares tienen que ver con estar obligados a vivir en condiciones insoportables.

Me refiero a situaciones dinámicas que nos afectan en la medida en que nuestras vidas cambian, cambian nuestros entornos vitales, vivimos en un mundo que se transforma, en una sociedad perpleja, desconcertada. Nuestras sociedades, como he recalcado con anterioridad, son por sí mismas generadoras de malestar e imposibilitan que las personas alcancen un bienestar necesario, que a veces generan malestar porque obligan a alcanzarlo, a ser feliz de una forma determinada; sociedades que prohíben vivir entre malestares que, a pesar de ser inevitables, se pueden gestionar. Generan malestares que aparecen cuando es obligatorio vivir siempre con optimismo.

Creo que debemos hablar de trastornos cuando estos malestares desbordan las posibilidades momentáneas o persistentes de mantener la salud. Hablamos de trastornos cuando resulta prácticamente imposible controlar el pensamiento, cuando la realidad que vivimos choca frontalmente con la realidad en la que viven las personas que nos rodean, cuando tenemos la impresión de que perdemos el control de nuestros pensamientos o cuando los sentimientos, las

emociones y las vivencias se desbordan y hacen imposible vivir, sentir la vida, obtener una mínima satisfacción del hecho de vivir. Vivimos vidas trastornadas.

Hablamos de trastornos cuando no podemos controlar nuestras conductas, nuestro comportamiento. Al margen del talante normativo y controlador de nuestra sociedad, tenemos una forma de comportarnos que altera de manera muy significativa y grave las formas básicas de vida compartidas. También ocurre cuando los malestares nos llevan a poner en peligro nuestras vidas o a diferentes grados de autodestrucción. Podríamos afirmar que nos estamos volviendo incapaces de controlar solos la vida.

Hablar de trastorno no es hablar de un malestar que necesita medicación. Cuando hablemos del uso de las drogas para sentirnos mejor, aclararemos que los psicofármacos pueden servir, o no, para todas las situaciones (de malestar y de trastorno). La línea que nos sitúa en una categoría o en otra nos lleva a tomar conciencia de que no tiene sentido que los malestares deban ser atendidos por una red de atención diferente de los trastornos, ni que unos sean de atención médica y los otros de atención psicosocial, ni que el origen de unos y otros sea diferente. Se trata siempre de una línea continua en la que según cada persona y situación estamos en un punto u otro, la dificultad mental hace más difícil o imposible la vida, sentirse persona, convivir sintiéndose parte de una pequeña o gran comunidad.

II

Propuestas para hallar coherencia en lo que somos, en lo que nos pasa y en lo que vivimos

Nuestro relato sobre la salud mental, su construcción y su alteración, consta ya de algunas escenas. Estamos situados en la condición humana multicolor, interactiva, cambiante y poliédrica. Espero haberte convencido de que solo situándonos en la complejidad podemos orientarnos para comprender los malestares y los trastornos. Supongo que también estarás de acuerdo en que el tema requiere una lectura desde posiciones integradoras y eclécticas y en que todas las etiquetas y diagnósticos son hipótesis dinámicas de trabajo, no definiciones fijas de una enfermedad simple. Tratamos de describir mejor, de una manera compartida entre profesionales, para ayudar mejor y de una manera colectiva que supere la tendencia social al estigma y a la medicalización de la vida.

Pero en todas las reflexiones planteadas hasta ahora siempre aparecía una propuesta: estamos obligados a buscar las «razones» (motivos, impulsos, dinámicas…) que nos expliquen por qué hacemos lo que hacemos, por qué nos quedamos atrapados entre dificultades mentales. Aceptando que no siempre se puede encontrar sentido a nuestra conducta, tratamos de obtener alguna clase de modelo explicativo válido para las diferentes situaciones en las que enfermamos. Tratamos de construir una maqueta con criterios científicos, pero sabemos que la totalidad de lo que sentimos, vivimos y hacemos no puede explicarse solo con cientifismos cuando nuestras vidas están invadidas por el malestar.

No está de más tener presente que, en lo relativo a la conducta humana, no necesitamos o no podemos saberlo todo (ya hemos visto como determinadas investigaciones sobre el

mundo interior de las personas son interesadas, pretenden definir previamente lo que se desea y proponerlo como un deseo propio). Tampoco podemos pretender que este saber sea universal e inamovible. Vivimos con el rigor científico de la búsqueda permanente de sentidos y significados, pero con la incertidumbre y la provisionalidad sistemática de las respuestas.

Para salir de la vieja historia que explica la salud mental como alienación y peligrosidad, como diversidad que conduce a la separación y la segregación, hemos aceptado que todo problema de salud mental, en su origen, desarrollo o recuperación, tiene que ver con el entorno social (ya sea la comunidad más cercana, ya sea la desorganización social más general) en el que vivimos. Además, muchas veces se da una simbiosis entre fragilidades personales y sociales. Pero advertía que, a pesar de esta modernización del viejo planteamiento, todos arrastramos algún prejuicio sobre las formas de enfermar y, sobre todo, sobre las respuestas que hay que dar.

Para resolver las trampas ocultas en la concepción de la «enfermedad» mental hemos dibujado un amplio territorio en el que nuestras dificultades de vivir pueden deambular entre el malestar y el trastorno. También hemos establecido que no podemos hacer diferencias entre enfermedades del alma y del cuerpo, separaciones por causas orgánicas y no orgánicas, ni por gravedad o frecuencia de determinados síntomas.

Para aclararnos entre las inevitables etiquetas ya sabemos que no podemos parcelar a las personas, que hay que comprender sus trayectorias vitales, que el sentido de todo lo que hacemos está en la sociedad, la cultura, la posibilidad de ser sujetos singulares en cada momento, de imaginarnos a nosotros mismos con un futuro por delante.

Sin embargo, seguimos sin buscar respuestas a dos preguntas: las enfermedades mentales, o la vida mentalmente sana,

¿dependen del funcionamiento del cerebro (el sistema nervioso)?; ¿tenemos algún modelo explicativo de por qué acumulamos malestares o acabamos trastornados? Construir algunas respuestas a estas preguntas será la labor de las próximas páginas.

Química, arquitectura y memoria

El cerebro de la vida y la vida que entrena el cerebro

«Algo en mi cabeza me dice… me hace sentir… me obliga a ser diferente…». Son palabras de una persona que se encuentra mal y no se explica lo que le pasa. ¿Qué significa «en mi cabeza»?, ¿que algo no le funciona?, ¿que el almacén de lo que piensa y siente está en su cabeza?, ¿que no encuentra la salida del laberinto de sus pensamientos?, ¿que no encuentra la manera de sentir de otra forma? De momento, empecemos por la primera parte de los interrogantes: la cabeza y la salud mental.

Para la especie humana pensar, sentir, ver, comprender, tener apetito o enamorarse son acciones que se producen gracias al sistema nervioso, gracias, fundamentalmente, a la acción de su parte central: el cerebro. Las emociones y los sentimientos no pueden existir sin neuronas, sin el conjunto de reacciones químicas que se genera entre ellas. Los fenómenos mentales son el resultado de un conjunto de actividades altamente organizadas que llevan a cabo las células nerviosas.

Desde una perspectiva de materialismo elemental y de rigor científico básico (interrogarse siempre sobre nosotros mismos y sobre el mundo en que vivimos como actitud) hemos de recordar que la mente no existe sin el cerebro, esto es, no hay procesos psicológicos básicos sin estructuras neurológicas que los sostengan (más adelante hablaremos de si la «mente» es algo más que un conjunto de neuronas). No se puede pensar, querer, relacionarse, descubrir, memorizar y aprender sin

estructuras neurobiológicas. Para que yo pueda escribir estas palabras, algo está funcionando en mi cerebro, y para que tengan sentido, alguna lógica de coordinación debe ponerse en marcha, debe activarse algún proceso en mi memoria de lector adulto con experiencia vital. Tenemos cerebro y tenemos un conjunto de facultades psíquicas, de capacidades intelectuales y afectivas que surgen del cerebro.

Independientemente de que creas en alguna religión o no, no podemos aceptar que una parte de nuestro comportamiento dependa del «alma» y la otra del cuerpo. Pensar que somos lo que somos, que hacemos lo que hacemos porque tenemos cerebro, no elimina las dimensiones más «espirituales» de la persona, sino que solo obliga a descubrir las «neuronas» implicadas. Cualquiera que sea el dios de la fe que puedas profesar, si quiere interferir en la vida humana, deberá utilizar nuestro cerebro, nuestro cuerpo.

El proceso también funciona al revés. La persona, como ser social, como ser que se relaciona con el entorno, también modifica el funcionamiento del cerebro a partir de la información que recibe del exterior. Quizá nos deprimamos porque falla algún proceso neuronal que influye en el estado de ánimo, pero, en cualquier caso, un acontecimiento negativo significativo que nos afecte tiene capacidad para causar un impacto que altera la química de nuestras emociones. La amistad, el estudio, la experiencia de la felicidad, etc., son fenómenos que dependen del cerebro y al mismo tiempo tienen capacidad de acción sobre él. Cualquier pensamiento «animista» es posible gracias al cerebro, y la evolución de nuestro cerebro a lo largo de millares de años ha hecho posible que pudiéramos desarrollar pensamientos cada vez más racionales y rigurosos que no necesitan sostenerse en los viejos mitos religiosos que daban seguridad al ser humano.

Si cambiamos la actividad de las células nerviosas,

cambiamos los estados psíquicos. Si cambiamos los estados psíquicos, cambiamos la actividad de determinadas células nerviosas. No estamos condenados a ser, a vivir al dictado de nuestras neuronas. También podemos ponerlas al servicio de lo que vivimos o desearíamos vivir. Sin embargo, no podemos actuar ni ser, directa o indirectamente, sin ellas. No existe un solo cambio en nuestra conducta que no se refleje en el cerebro, ni un solo cambio en el cerebro que no se manifieste en la conducta. Necesitamos el cerebro incluso para pensar que somos libres, para imaginar la felicidad o para desear a otra persona. Del mismo modo, el cerebro depende del uso. Si no lo utilizamos para imaginar y practicar la felicidad, esta no se desarrollará y quizá nunca lleguemos a serlo. La bondad o la maldad están latentes en el cerebro y se pueden entrenar y desarrollar o no.

Antes de entrar en nuestra cabeza, para evitar acusaciones de reduccionismo, he de recordar que en las primeras páginas hablaba de la condición humana en toda su complejidad y de nuestro cuerpo como sistema de sistemas o como sistema complejo. Puesto que no estoy escribiendo ni un manual de biología ni de fisiología, no puedo hablar del conjunto de interacciones que se dan entre el cuerpo y el cerebro. El cerebro funciona en continua interacción con el resto del cuerpo del que forma parte. Las ideas o el bienestar son también el producto de esta influencia recíproca y constante. He aquí la razón de que esta mañana hayas hecho meditación o hayas salido a caminar. Quizá ahora ya no sientas el dolor que te agobiaba, o estés más predispuesto a gestionar la vida. Nadie podrá aclararte qué efecto ha generado cada actividad.

Pero a partir de ahora hablaremos fundamentalmente del cerebro.

La complejidad de nuestra conducta (desde las sensaciones más simples al pensamiento más elaborado) depende del funcionamiento de más de cien mil millones de neuronas organizadas de maneras enormemente complejas que en gran parte aún no se han descubierto. En primer lugar, las neuronas, que comunican eléctricamente las informaciones que reciben, tienen un sistema químico de comunicación entre ellas. Son los neurotransmisores a los cuales he hecho continuas referencias.

Estas sustancias transmisoras se generan en unas neuronas, quedan en el intersticio entre unas y otras, y son recaptadas por las siguientes que han de seguir transmitiendo la información. Este esquema simple se multiplica a cada instante en miles de neuronas, y hay que suponer que todas, o quizá solo algunas, lo siguen de la manera prevista. Según cual sea el funcionamiento del sistema nervioso, se generarán los elementos químicos que permitirán la transmisión, que los transmisores se mantengan el tiempo adecuado y en la medida necesaria y que sean recaptados correctamente por las neuronas correspondientes.

Esta parte del funcionamiento es la que vemos reflejada cuando, hablando de un determinado trastorno o malestar, o simplemente de un estado de ánimo, se dice, por ejemplo, que la tristeza se debe a un déficit de serotonina y que las alteraciones de la comprensión de la realidad y de las expectativas de felicidad se deben a un exceso de dopamina. Desde que se conoce el funcionamiento básico de la transmisión, gran parte de la investigación sobre el sistema nervioso se ha centrado en descubrir las diferentes sustancias que participan en él y las disfunciones de su producción y de su recaptación. De hecho, desde que en 1952 se descubrieron las sustancias llamadas neurolépticos, todo el desarrollo de la farmacología se ha centrado en influir en este proceso con

medicamentos específicos.

Las drogas, legales o ilegales, recetadas o compradas, consideradas medicamentos o productos de mercado, son sustancias capaces de modificar algún aspecto de nuestra conducta porque pueden influir en este mecanismo de transmisión neuronal. Pueden sustituir una sustancia u otra, modificar su segregación o su recepción. Alteran la transmisión, generan otras formas de comunicación neuronal y producen una información que puede ser ajena a la realidad en la que la persona se encuentra físicamente. Una alteración química cerebral supone una modificación conductual o anímica.

Cuando las drogas o los medicamentos llegan al cerebro, modifican las reacciones químicas cerebrales. La heroína, por ejemplo, puede generar sensación de bienestar; el alcohol puede facilitar la comunicación, y los tranquilizantes, inducir el sueño en la medida en que son sustancias con capacidad de provocar cambios en el funcionamiento de la transmisión entre las neuronas del cerebro.

Con la información de la que disponemos hoy en día, es muy probable que una parte de los trastornos considerados psicóticos (que alteran de manera grave la conexión de la persona con la realidad que la rodea) estén relacionados con alguna alteración significativa de la recepción de determinados neurotransmisores, y que sea inevitable tratar de compensar químicamente este desequilibrio. También hay que decir que cuando algunas personas consumen las llamadas drogas «inspiradoras» (enteogénicas) y afirman haber pasado por una experiencia trascendental, lo que realmente ocurre es que las sustancias han producido comunicaciones neuronales insólitas, efectos no habituales y vivencias afectivas desconocidas.

Acabo de leer una entrevista a una de las cantantes que estuvo a punto de ir a Eurovisión; en ella cuenta una

experiencia con el LSD, sustancia que considera un elemento facilitador para conectar con el mundo espiritual. Con honestidad intelectual, deberíamos decir que algunos impactos químicos sobre el cerebro pueden producir experiencias humanas significativas, no habituales, que se perciben como profundas e intensas, pero eso no significa que conecten a quien las consume con otro mundo. También hay que tener presente lo contrario: como sabemos, algunos viajes alucinantes solo acaban conectando con el desastre.

Áreas y estructuras. Los problemas de organización

Nuestro cerebro no es una simple, extraordinaria e inmensa colección de neuronas. Su organización funciona mediante un conjunto de áreas, cada una de las cuales está implicada de manera significativa en una actividad mental. Habrás leído u oído decir, por ejemplo, que una parte denominada «hipocampo» o la «amígdala» están asociadas a determinadas emociones, a la posibilidad de sentirlas o de expresarlas. También te sonará que la «corteza» cerebral es un área asociada a la posibilidad de planificar y organizar las acciones.

La salud mental y sus alteraciones puede estar relacionada con disfunciones de una parte u otra del cerebro. Del mismo modo, la estimulación con diferentes métodos de esas partes (si es posible) modificará malestares o trastornos asociados con un área u otra del cerebro. Seguro que has oído hablar de *mindfulness*, una técnica reflexiva que mediante la concentración consciente e intencional en el presente permite, según sus defensores, que la corteza prefrontal obtenga un bagaje de informaciones y de estímulos que reducen la tendencia a generar ansiedad. También podrás leer que la asociación entre neurociencia y neurotecnología ha creado una

especie de diadema que, conectada al móvil, «lee» el cerebro y realiza un mapa de la actividad de sus diferentes áreas.

La discusión sobre las áreas cerebrales, sobre su implicación concreta con cada uno de los problemas mentales, todavía se topa con un gran inconveniente: ninguna actividad psíquica funciona a partir de una sola área, sino que siempre se produce una interacción entre ellas. De hecho, los expertos mencionan vías, trayectos de comunicación entre zonas, que al final producen una conducta. En mi experiencia profesional de atención a los problemas derivados del consumo de drogas, he vivido varios intentos de aislar los mecanismos generadores de la dependencia a sustancias concretas, como la heroína o el cannabis. Siempre se descubría más de un mecanismo en la transmisión química y la interacción de más de un área. Por suerte, no podemos resolver ningún problema de salud mental extirpando o anulando un área del cerebro.

Tanto si hablamos de las neuronas como de las áreas, siempre hemos de referirnos a redes neuronales, a neuronas interconectadas. El cerebro y sus actividades psíquicas, sanas o enfermas, dependen del hecho de que en el desarrollo del ser humano se haya producido un proceso de construcción de redes. La genética no decide cuáles han de ser las conexiones cerebrales, qué se conectará con qué y cuál será el número de conexiones. Son las experiencias vitales, las experiencias de aprendizaje, las que irán construyendo un cerebro complejo con infinidad de conexiones.

En el modelo explicativo de la salud mental, que enseguida trataré de resumir, recordaré, por ejemplo, que la falta de oportunidades educativas en etapas muy significativas de la vida genera una falta de «redes neuronales» para gestionar sanamente determinadas dificultades de la vida. Pensar en las respuestas de ayuda supone pensar en las maneras de compensar o generar nuevas estructuras mentales que

conduzcan a un funcionamiento sano del cerebro.

Todo pasa por el filtro de la experiencia

Por último, hay que tener presente que cualquier circuito cerebral, cualquiera de sus áreas, funciona con el recurso a sus «memorias». Los circuitos cerebrales funcionan recurriendo a las «imágenes» de las experiencias vividas. Siempre pasan por recorridos provocados por lo que el ser humano tiene almacenado genéticamente y, sobre todo, por lo que acumula de diferentes maneras como experiencia y aprendizaje vital. Recurre permanentemente en la conducta cotidiana a la vida vivida, tanto para una gestión sana como insana. El cerebro siempre funciona generando conductas (razonamientos, emociones, actuaciones) pasadas por los filtros de las experiencias.

Podríamos afirmar que el cerebro es un órgano con memoria y que va almacenando de maneras muy diferentes todo lo que vivimos. Estas vías de memoria, los surcos arados a lo largo de la vida reaparecen, de diferentes maneras, en muchos momentos. Por eso, a la hora de descubrir las causas de un malestar o las razones de una conducta, se deben tener en cuenta dos principios que la psicología denominada «dinámica» ayudó a establecer en los tiempos de Sigmund Freud. El primero es que lo que provoca un padecimiento o una dificultad quizá no tenga nada que ver con el presente, que permanezca oculto y que se deba descubrir. En momentos críticos pueden reaparecer viejos problemas o conflictos que en tiempos de calma se logran mantener a raya.

El segundo principio es que pocas veces las maneras de expresar la dificultad o el conflicto están necesariamente relacionadas con una causa parecida. No todas las conductas

tienen el mismo significado, a pesar de que se expresen de la misma manera. Un déficit de seguridad o autoestima puede que no se exprese buscando la aceptación, sino descargando el malestar acumulado con agresiones contra los otros. No siempre una conducta expresa lo que trata de compensar y la dificultad que intenta resolver puede ser un viejo conocido del cerebro.

Sin el cerebro no somos nada, pero no somos un cerebro

En 2017, el rapero Logic divulgó la canción *1-800-273-8255* cuyo texto reza:

Estuve deprimido
…
Siento como si mi vida no fuese mía
…
No quiero estar vivo
…
No quiero esperar a alguien que me salve.
Solo me quiero morir hoy y déjame decirte por qué …
Yo quiero verte soñar.
Yo quiero verte volar.
Y no te dejes caer.
No te sientas mal
…
Sé que eres la razón por la que creo en la vida
…
¿Qué es el día sin una pequeña noche?
…
Y veo que mis lágrimas se derriten en la nieve.
Pero no quiero llorar.

Ya no quiero llorar.
Quiero sentirme vivo.

Es un relato que va de la desesperación sin salida, a la ayuda en versión joven. El título es el número de teléfono de Lifeline (una especie de teléfono de le esperanza norteamericano). En los días sucesivos al festival en que el cantante presentó la canción y el vídeo, recibió más de 10.000 llamadas y algunos estudios revelan que redujo el número de suicidios.

Menciono la canción porque supongo que quizá estés harto de neuronas. Habría podido proponer un poema, pero he pensado en la actividad creativa musical, en medio de la desesperación de vivir, como forma de dar salida a la contradicción que los dos sentimos a estas alturas del libro. Supongo que te han saltado las alarmas y tienes la sensación y el convencimiento de que la mente no puede reducirse al cerebro, que la salud mental es algo más que química cerebral. Te parece que somos algo más que neuronas funcionando correctamente.

Así hemos llegado a una trampa intelectual de la cual, de nuevo, no podemos salir sin alguna dosis de filosofía, de pensamiento que, respetando los datos, busque otras maneras de explicar la persona y la vida sin recurrir al dualismo del cuerpo y el alma como refugio para calmar nuestro desconcierto.

He escrito que ninguna actividad psíquica, ni siquiera los sentimientos más elaborados y las ideas más complejas, son posibles sin actividad cerebral. Pero, automáticamente, también he de escribir que la actividad mental no es solo actividad cerebral. Nos situamos en una reflexión que a menudo ha sido denominada como «el yo y su cerebro». Sin el cerebro no somos nada, pero no somos un cerebro.

El territorio de la vida mental es una de esas realidades

intangibles que solo son posibles cuando la realidad material y tangible llega un determinado nivel de complejidad. Una realidad cualitativa que solo es posible a partir de una realidad cuantitativa. Pensar solo fue posible cuando el cerebro de los mamíferos alcanzó cierto tamaño y cierta organización. En un momento dado de la evolución aparece la conciencia, la capacidad de sentir e identificar las informaciones que llegan al cuerpo.

Sin embargo, la condición humana no se desarrolla hasta que se tiene conciencia de la conciencia: pensar sobre lo que se siente y pensar sobre lo que se piensa. Podemos pensar sobre nosotros mismos, sobre las maneras de expresarnos y comunicarnos, podemos pensar sobre el otro.

La creación poética o musical no es un simple ensamblaje adecuado de un conjunto de neuronas creativas. Desde el momento en que disponemos de capacidad neuronal para crear, generamos una realidad que permite provocar emociones, entender el mundo, desear estar en compañía, etc.

Nuestra salud mental también está hecha de componentes mentales. Son, por ejemplo, las vivencias de no estar solos o las razones para dejar de llorar de las cuales habla el cantante citado más arriba. Por esta razón, no se puede aceptar que la enfermedad mental sea una enfermedad biológica más. Enfermamos porque nuestro cerebro se desajusta y porque en nuestra mente aflora un caos antiguo o aparece uno nuevo. Lo uno y lo otro son inseparables y no tienen orden de aparición. Fíjate en que comúnmente utilizamos la doble expresión «ideas locas» e «ideas de locos».

Una crisis de ideas puede provocar una crisis de salud mental. Como he mencionado al hablar de las inseguridades causadas por la pandemia, al no entender lo que pasa (crisis de las ideas), se desata una crisis emocional (que puede ser una crisis en nuestro equilibrio mental). La disonancia (crisis)

intelectual provoca una disonancia afectiva. Cuando las ideas no encajan, tampoco encajan los sentimientos. Hallar explicaciones ayuda a descubrir calmas.

Los debates sobre las terapias de la palabra o de la química se adscriben a esta realidad. Cuando podemos pensar en lo que sentimos podemos poner palabras al malestar. Cuando podemos hablar de nuestro mundo interior lo podemos modificar (y modificaremos la realidad neuronal que lo condiciona). La intimidad, la subjetividad y el mundo interior son una construcción del cerebro a la que el cerebro mismo debe dar sentido. Los sentidos de la vida son diferentes realidades del cerebro que se han construido con el cerebro. Vivimos, pero no es suficiente. Con nuestro cerebro hemos de construir sentidos para lo que vivimos (vemos, descubrimos, experimentamos, padecemos, etc.).

Los algoritmos que he mencionado no pueden prever todas las conductas humanas porque, más allá de los millones de datos cerebrales que procesen, todavía no pueden sintetizar el mundo mental de las personas, su variabilidad abstracta, compleja y creativa. Aún no se han podido determinar las miles de variantes que definen la vivencia de la soledad, o la locura de amor, por mucho que al amor también sea química. Si la palabra no estuviera cargada de muchas connotaciones, se podría hablar de la dimensión «espiritual» de nuestra salud mental.

Lamento no saber expresarme mejor. Probablemente sea porque buena parte de esta realidad necesita otras vías de comunicación que no son las palabras escritas. Por mucho que el presente libro pueda ser multimedia, todavía no sé comunicar sentimientos mediante sentimientos plasmados en un papel (a pesar de que si estás leyendo en formato digital, podría añadir el enlace a una música o a una imagen que ilustrarían mejor lo que trato de describir).

Volviendo a una perspectiva de investigación científica sobre la realidad de nuestra mente, también he de decir que no podemos obviar que la mente se explora con la mente. Somos sujetos que se investigan a sí mismos y exploran el cerebro con su cerebro. Por eso, y a pesar de que explique cada vez mejor el funcionamiento cerebral que se activa al pensar, a la neurociencia aún le resulta tan difícil dar razón de los procesos conscientes.

Propuesta para un modelo explicativo

Quizá vaya siendo hora de ordenar la respuesta a una de las preguntas clave de este libro, que subrayaba al empezar la segunda parte: ¿podemos dar una respuesta integradora a la pregunta de por qué se enferma mentalmente? No se trata solo de superar las tribus psicológicas o médicas a las que cito a menudo, sino de lograr explicarlo sin hacer continuas referencias a la complejidad, al devenir cambiante de los conocimientos adquiridos y al relativismo de las interpretaciones. No escribo (ni tú lees) para abocarte a un nuevo caos mental, sobre todo si tu intención es sacar alguna conclusión para conservar tu salud mental y ayudar a construir la de los demás.

A lo largo de mi vida profesional, he tratado de tener modelos explicativos de la realidad de las personas a las que acompañaba en su caminar vital, ya fuera educativo, social o terapéutico. Modelos abiertos y cambiantes, pero integradores. He evitado siempre forzar la realidad para encajarla en mi modelo y he modificado el modelo explicativo cuando la realidad cambiaba, era diferente.

Para entender el conjunto de mecanismos e influencias que nos hacen enfermar, te propongo reflexionar sobre cinco piezas de un puzle, que para cada persona y en cada realidad social pueden tener un tamaño y una importancia diferente, pero que siempre están presentes todas, aunque tienen un peso y una influencia particular. Estas cinco piezas de las que hablaré a continuación son: la herencia, las oportunidades para el desarrollo, las experiencias vitales (el balance de la felicidad y

la acumulación de experiencias traumáticas), las habilidades para gestionar la vida y las razones para existir. De este cóctel, con mezclas y proporciones diversas, depende la salud mental.

Herencias probables y realidades posibles

Tengo un buen amigo que ahora pasa por una situación vital difícil: casi no puede salir de casa debido a un episodio de hidrocefalia que afecta gravemente a su movilidad. Está triste, llora a menudo, reacciona airadamente a situaciones triviales y tiene la manía injustificada de que los demás le dejan de lado. El médico de familia y el neuropsiquiatra le prescriben tranquilizantes y antidepresivos. Cuando comparte conmigo sus vivencias, me dice que no tiene los mismos recursos que yo para gestionar lo que le ocurre.

Su historia, que como la mía cuenta con más de setenta años, empieza en el seno de una familia caótica y de escasos recursos, con tres hijos más, que acabarán teniendo vidas difíciles. Desde muy niño, su existencia estuvo marcada por la sobrevivencia y sufrió episodios de desprotección y abandono. De joven fue haciéndose un hueco en el mundo laboral, donde aprendió y reprodujo las formas obreras básicas para gestionar el día a día. Tener novia y casarse significó para él sentirse querido y vivir en un entorno lo suficientemente seguro, y le proporcionó una vida aceptable que le ha permitido gestionar los malestares y trastornos que afloraban de manera esporádica. Hasta que le llegó la jubilación y los horarios que daban estabilidad a su cotidianidad desaparecieron. Ahora necesita encontrar nuevas experiencias que mantengan encendida su vivencia positiva de la vida.

La historia de mi amigo puede servir de ayuda para analizar gran parte de las cinco piezas del conjunto explicativo de la

salud mental que mencionaba. En todos los modelos de enfermedad de los que hablaba en la primera parte y que se tienden a aplicar a la enfermedad mental, siempre aparece una primera propuesta, una primera pieza explicativa: ¿la enfermedad mental es hereditaria o no? ¿heredamos, al menos, una biología cerebral concreta? Si la conducta, la vida mental, dependen de una estructura biológica que es el cerebro, haber nacido en una familia o en otra, con unas posibilidades u otras, puede significar llegar a sufrir una determinada enfermedad mental (en cualquiera de sus formas) o no.

Como con los demás componentes de la condición humana —de las posibilidades para aprender a las posibilidades de vivir con dificultades mentales—, las posturas pueden colocarse en los dos extremos: la de quienes sostienen que todo depende de la herencia y la de quienes afirman, en cambio, que todo depende del contexto, del ambiente, del entorno. Creo que se trata de un debate ficticio pues, por una parte, heredamos las posibilidades de ser (no se puede llegar a ser lo que la genética heredada no nos permite: por mucho que entrenemos nunca llegaremos a ser, por ejemplo, un velocista si nuestra estructura muscular está concebida para un rendimiento más lento) y por otra, somos lo que desarrollan los estímulos y las oportunidades de nuestro entorno. Lo que se hereda no se desarrolla automáticamente (se puede nacer con posibilidades de llegar a ser un premio nobel, pero el cerebro no se desarrollará sin estudios, sin oportunidades para pensar, sin experiencias de descubrimiento, etc.).

En algunos malestares o trastornos, la base genética hereditaria puede ser importante. Por lo que parece, así es, como he comentado, en una proporción de los malestares y trastornos conocidos como esquizofrenias o psicosis. En un porcentaje discutible y discutido de estas enfermedades están presentes antecedentes familiares o aparecen diferencias

significativas en los neurotransmisores y sus mecanismos, de los que ya he hablado, presentes como posibilidad desde el nacimiento.

Pero en la mayoría de los casos, solo son indicadores que hacen más probable la aparición de la enfermedad y su presencia no significa que se desarrolle necesariamente de manera automática. En pocos casos una persona con antecedentes familiares hereditarios de problemas de salud mental está condenada a enfermar. Para que esto ocurra casi siempre será necesario que aparezca algún detonador, alguna experiencia vital, algún acontecimiento crítico que estimule su aparición (lo que en la jerga médica se denomina «estresor»).

El debate sobre este tema ha estado presente en mi vida profesional, por ejemplo, a propósito de un problema especialmente grave que sufren los adolescentes como consecuencia del consumo de cannabis, la denominada psicosis cannábica. Algunos adolescentes desarrollan un trastorno mental importante con un consumo moderado de cannabis. La mayoría de los profesionales nos inclinamos a pensar que en estos casos los porros ponen en marcha el desarrollo de un trastorno al que estaban predispuestos. Siempre nos queda la duda de si se habría desarrollado igualmente sin el detonante del consumo. Muy probablemente no. En otros casos, la mayoría, el trastorno depende del consumo y no de la herencia y desaparece en cuanto lo dejan.

Aun así, podemos seguir adelante estableciendo que a pesar de que muchos malestares y trastornos pueden tener una base genética hereditaria, para la mayoría esta no dejará de ser una mayor o menor predisposición que solo se desarrollará en determinadas situaciones y habrá que tener en consideración el peso de las otras piezas del puzle. Como trataré de explicar a continuación, la genética no decide cuáles deben ser las conexiones cerebrales, cuántas habrá y qué se conectará con

qué. Son las experiencias vitales, las experiencias de aprendizaje, las que irán construyendo un cerebro complejo y con infinidad de conexiones, algunas de las cuales podrían dar lugar a una dificultad mental.

Pero volviendo a mi amigo, escuchando el relato de su vida, es muy probable que los problemas de coordinación visomotora que ahora tiene dependan de una malformación craneal de nacimiento que fue corregida con una intervención médica, aunque también es muy probable que el impacto más importante sobre la construcción de su manera de ser y la causa de su malestar actual esté relacionado con los problemas de convivencia entre iguales y la exclusión sufrida en la infancia por culpa de su defecto (cabeza grande).

No nos convertimos automáticamente en seres humanos

Sigamos revisando las piezas. El grueso de las explicaciones de cómo aparecen, de qué manera surgen y por qué buena parte de las dificultades de salud mental tienen que ver con dos realidades, dos nuevas piezas del puzle, que siempre están próximas. La primera, haber tenido los estímulos adecuados y haber accedido a las oportunidades oportunas. La segunda, las experiencias vividas, lo cual nos conducirá a revisar el depósito de la felicidad. Tiene que ver con cómo conseguir y mantener un balance vital positivo en el conjunto de experiencias de la vida.

Muy pocos aspectos del desarrollo humano son automáticos. No se producirán o adolecerán de déficits si carecen de los estímulos adecuados o si estos son insuficientes. El crecimiento, la evolución desde la infancia a la madurez de las últimas etapas de la vida, son el resultado de haber recibido los estímulos oportunos en cada momento (los adecuados, no

cualquier estímulo). Tener oportunidades significa que en transcurso de la vida el entorno haga posible que encontremos lo que necesitamos para desarrollarnos como persona.

En cada momento de la vida, la persona tiene unas necesidades que deben ser satisfechas con las correspondientes oportunidades; son momentos clave en los cuales la atención o el estímulo recibido son significativos y determinantes. En momentos significativos del desarrollo del lenguaje, por ejemplo, el niño necesita estar con personas que le hablen. En efecto, el lenguaje se atrasará si vive totalmente aislado o recibe escasa atención de los adultos. Hay momentos vitales clave en los que tener determinadas oportunidades o no tenerlas puede ser determinante.

He descrito el cerebro como un conjunto de estructuras, redes, vías entre neuronas, conexiones entre áreas, como organización compleja en permanente construcción. El proceso de su desarrollo y de sus continuas adaptaciones dependerá de que la persona reciba los estímulos adecuados y los reciba cuando los necesita. La salud mental necesita algunas redes, algunas organizaciones cerebrales específicas, sobre todo las que se construyen en determinadas etapas infantiles. Si no se desarrollan en el momento oportuno, podrán aparecer dificultades mentales en los momentos críticos.

El cerebro necesita un conjunto de estímulos, de oportunidades para organizarse y para organizar las redes especializadas en determinados procesos. Son los estímulos los que ayudan a construir la arquitectura cerebral que permitirá gestionar emociones, sensaciones y vivencias diferentes y desconocidas.

En la primera infancia (0-3 años), en la que volveremos a pensar más adelante, el mundo adulto que rodea al niño deberá facilitar estímulos y construir oportunidades que serán determinantes de su salud mental posterior. Estas estructuras,

producto de la atención recibida, tienen que ver con diferentes aspectos que determinarán su malestar o su bienestar mental. Determinarán la posibilidad de sentirse una persona, diferente y única, la vivencia de sentirse vinculado a alguien, la seguridad de que su vida no corre peligro, la gestión de las amenazas externas y de la inseguridad que provocan, la posibilidad de diferenciar las clases de placer, de procesar las experiencias de felicidad, el desarrollo de las diferentes capacidades de razonar y sentir, etc. La fuente principal de muchas de las dificultades de las que hablaremos más adelante depende de la ausencia de las estructuras cerebrales necesarias que no se desarrollaron en el momento oportuno.

Hay jóvenes que no pueden querer, entre otros motivos, porque no fueron queridos en su infancia, cuando debían desarrollarse las estructuras de apego. Si hiciéramos servir un símil eléctrico, diríamos que tienen electricidad —la capacidad de querer y de sufrir al no sentirse queridos—, pero carecen de red de cableado —la que permite establecer relaciones, evaluarlas y mantenerlas—. John Bowlby, psiquiatra que estudió la manera de ayudar a la infancia internada después de la Segunda Guerra Mundial, decía que los abrazos eran más importantes que las vitaminas, incluso para el crecimiento. El afecto estimula al cerebro que debe ordenar que se generen las hormonas del crecimiento. El niño tardará en caminar si nadie le da la mano y hablará si una mirada lo interroga; querrá hablar porque oirá hablar.

La regulación de las emociones, de los estados de ánimo del niño (claves en el desarrollo de los malestares) se produce a partir de la presencia estable de los adultos que viven a su alrededor. Estar rodeado de adultos positivos y estimuladores, receptivos a sus estados emocionales, le permite regular las emociones, y, para poder hacerlo, que desarrolle las redes neuronales que todavía no posee. Solo construyéndolas podrá

adquirir la capacidad de gestionar lo que va sintiendo y los cambios en los estados de ánimo que va descubriendo.

El apego, la experiencia estable de sentirse vitalmente asociado a alguien que no te abandonará, se construye a partir de presencias, de caras, de voces, de sonrisas, de atenciones, de cuidados y caricias. Las redes neuronales que se construirán serán posteriormente la base de la gestión del deseo, del placer, de la búsqueda de la recompensa a una u otra conducta, de la sensación de felicidad o infelicidad. Si en las primeras etapas de la vida no se recibe la respuesta adulta que hace descubrir el placer de gustarle a alguien (a la madre, a la maestra, por ejemplo) no se construirá el circuito que permite apreciar y buscar la relación, los vínculos con otras personas.

Nuestro cerebro está diseñado para descubrir la reciprocidad, pero esta no se producirá si el cerebro no se desarrolla en interacción con los demás. En un entorno de estímulos positivos, el niño se va descubriendo a sí mismo. Primero descubre que es diferente de la madre, pero que esta no desaparecerá. Luego, el descubrimiento del resto del entorno hará posible que a lo largo de los años se sienta parte de una red social más amplia y pueda llegar a tener la experiencia mental de que su conducta afecta a los demás y que los demás no son necesariamente un enemigo. Las oportunidades de desarrollo tendrán que ver, a lo largo del tiempo, con la posibilidad de establecer relaciones, de poder gestionar los afectos y poder pensar en lo que se siente. Somos interdependientes y estamos interconectados. No podemos descubrirnos ni llegar a estar conforme con nosotros mismos sin haber sido reconocidos y queridos.

Ahora, en un momento de crisis en el que todo se tambalea, mi amigo, que tuvo una vida social aceptable durante muchos años, gracias a la cual compensó una infancia privada de ella, cuando reaparece el déficit, él reacciona enfadándose o

entristeciéndose. No desarrolló adecuadamente las estructuras cerebrales que son la base de la seguridad y la pertenencia y se activan los circuitos del sufrimiento, se encienden las alarmas del abandono. El malestar se expresa con una preocupación no realista sobre cómo lo tratan las personas más próximas.

Por último, hay que considerar que las oportunidades de desarrollo tienen que ver con las posibilidades de ordenar la vida de manera satisfactoria. Para el desarrollo del cerebro no es lo mismo vivir en un caos permanente que vivir con pautas de crianza regulares. Un ambiente u otro hará que se desarrollen redes relacionadas con el estrés o el miedo o las relacionadas con la seguridad y la calma, de manera que en el futuro se actúe con serenidad o de manera desproporcionada o inadecuada ante los acontecimientos de la vida.

Tampoco es sano que la vida infantil esté ordenada con un rigor taxativo impuesto por adultos que quieren garantizar (en casa o en las instituciones) una evolución que responda a pautas que ellos consideran las mejores. El desarrollo mental infantil, que no está en absoluto predeterminado, necesita, para humanizarse, que el adulto ofrezca un guion básico, no una única y rígida manera de vivir.

Suma cero en el balance de la felicidad

Los seres humanos son el resultado acumulado, mezclado, cambiante y adaptado de todo lo que van viviendo. Somos la suma y la resta de nuestras experiencias vitales. Recuerda que he hecho hincapié en que las neuronas tienen memoria, que lo que hacemos y lo que nos hace padecer, lo que nos hace enfermar, no siempre deriva de la causa más aparente ni de un acontecimiento reciente. El equilibrio mental (una expresión extraña que no hay que identificar con la ausencia de

emociones extremas o experimentales o con vivir moderadamente, lo cual tampoco es sano) es una especie de balance dinámico de las
experiencias que se viven día a día. En el dinamismo de la vida en movimiento, el balance entre todo lo que hace que nos sintamos bien y experimentemos felicidad y todo lo que produce insatisfacción, tensión, infelicidad y frustración no prevista debe dar, de vez en cuando, un resultado de suma cero (mejor si se alternan periodos de balance positivo para prepararse para tiempos peores). La acumulación de experiencias negativas de alto impacto debe ser vaciada, neutralizada y cicatrizada.

Se puede gozar de una salud mental relativamente estable si buena parte de lo que se vive desde la primera infancia aporta satisfacción, se puede identificar, procesar y almacenar como agradable y satisfactorio. Por eso se habla continuamente de la dificultad para conservar la salud mental cuando no se obtienen las dosis básicas de felicidad en la vida. Lo que vivimos permite seguir viviendo, de una manera u otra. Siempre somos, en parte, el poso de lo vivido.

Esto no significa que haya que vivir siempre como si todo fuera jauja, sino que es necesario acumular sistemáticamente experiencias satisfactorias. No solo se aprende a ser un buen amigo teniendo amigos, sino que la experiencia de estar en compañía, de descubrir la aceptación y el gusto de compartir el tiempo pasa a ser la memoria de satisfacción que proporciona seguridad para no sentirse desbordado cuando llega la soledad. Si no se disfruta de esta experiencia, no se dispone de ella en el repertorio de emociones al que se recurrirá cuando se viva una experiencia más o menos desestabilizadora, de exclusión, el resultado será un malestar más difícil de gestionar.

Una conducta «antisocial» es a menudo el resultado de carecer, en nuestro almacén experiencial, de una experiencia

estimulante de aceptación. Mi amigo, de joven, dejó de tener problemas con su conducta social cuando las experiencias de amor y de vida familiar llenaron su almacén, hasta entonces casi vacío, de experiencias vitales positivas.

El desequilibrio, el malestar y el trastorno aparecen cuando la memoria neuronal, de las emociones, del aprendizaje, la memoria necesaria, no existe o es muy débil para gestionar las vivencias intensas del presente. Padecemos y tenemos la impresión de que no podemos gestionar lo que nos ocurre cuando la acumulación de satisfacciones y equilibrios de la experiencia vivida no alcanza a compensar la insatisfacción de lo que vivimos en el presente.

La vida deja solo un poso negativo, pero la felicidad es obligatoria

La ausencia de suficientes experiencias vitales positivas no es lo único que genera un balance de satisfacción vital negativo. También ocurre cuando se acumulan con creces las experiencias y las vivencias distorsionadoras o vividas como insatisfactorias o negativas. Es más probable tener una vida mentalmente poco equilibrada si buena parte de lo que se ha vivido ha ido dejando un poso negativo, ya sea como vivencia personal o como reacción negativa del entorno.

Una parte significativa de las dificultades de salud mental de algunos jóvenes deriva de haber tenido, hasta la llegada de la adolescencia, vidas desastrosas, experiencias negativas en el hogar, en la escuela, en la aceptación social, en la emancipación económica, etc. Han pasado una época demasiado larga con un balance negativo.

Cuando aparezcan el desconcierto, la contradicción y la impotencia de no poder resolver una situación, cuando la necesidad de buscar placer y felicidad se haga imperiosa, su

memoria solo encontrará un almacén lleno de balances negativos. Nuestro pasado puede condicionar nuestro futuro (siempre y cuando se pueda imaginar un futuro) tanto por la ausencia de pasado acumulado en positivo como por el predominio (emocional, racional, experiencial) de las versiones negativas. La salud mental es, en gran parte, el resultado de obtener, de manera más o menos estable, las dosis mínimas de felicidad necesaria y, al mismo tiempo, de no superar, en medio de las dificultades inevitables, el nivel de sufrimiento soportable.

Debo advertir que la atribución de satisfacción y felicidad a lo que vivimos pocas veces está definida de una manera natural, pocas veces está impresa en la genética humana. Más allá de lo que tiene que ver con el instinto de supervivencia, con la búsqueda del placer más fisiológico, con evitar el peligro y el dolor físico, la felicidad es una experiencia humana construida.

La felicidad es un proceso de aprendizaje. De una experiencia que nos hace sentir bien, deducimos que vale la pena repetirla, volver a buscarla. Cuantas más experiencias de felicidad se acumulan, más posibilidades tenemos de sentirnos bien. Las deprivaciones (relacionales, emocionales, intelectuales) reducen la paleta de colores con la que se pinta la vida cotidiana. Una parte de la construcción de la salud mental en crisis pasa por descubrir otras formas de felicidad, grandes o pequeñas felicidades desconocidas.

Pero, como experiencia humana construida que es, debemos tener presente que quizá la definición de los estados de bienestar a menudo nos resulte ajena y la hayamos asumido sin aplicar un criterio crítico. Esto ocurre con los componentes culturales (criterios religiosos, políticos o de presión social) que definen de qué manera debemos ser felices. Se observa, por ejemplo, en la gestión del placer y la felicidad sexuales. La

represión de los deseos que conforman una manera personal de vivir una sexualidad sana es a menudo fuente de malestar.

En cualquier caso, creo que el problema principal de nuestros días es que la felicidad la define el mercado. ¿Recuerdas que las primeras líneas de este libro fueron escritas cuando la felicidad tenía nombre de cerveza? Además, en un mundo digitalizado y conectado, los algoritmos intencionados tratan de que el bienestar coincida con una vida conforme a lo que proponen y que deseemos como la mejor felicidad futura la que nos sugieren. Gran parte del malestar actual deriva de las tensiones que genera no llegar a ser la persona feliz que el mercado prescribe, no lograr obtener la felicidad que otro ha planeado para nosotros, no respetar las limitaciones impuestas para evitar que podamos imaginar que también se puede ser feliz de otra manera.

Memorias vitales traumáticas

Una parte de las memorias vitales tiene una capacidad de impacto sobre la salud mental especialmente significativa. Se trata de lo que se denomina «experiencias traumáticas acumuladas» (que diferenciaremos de los acontecimientos traumáticos imprevistos, es decir, de los accidentes de la vida con alto impacto psíquico).

Gran parte de la literatura relacionada con la salud mental asocia con mucha frecuencia episodios de dificultad con la expresión de traumas acontecidos en etapas anteriores de la vida. Algunas de las experiencias que se han vivido no solo dejan un poso positivo o negativo en el clima mental dominante, sino que tienen un impacto especial y persistente y ejercen una influencia a lo largo de toda la vida. Las ayudas terapéuticas tratan de colocarlas donde no molesten mucho,

donde no alteren continuamente el equilibrio emocional, de conducta o de relación. Los traumas aportan elementos en la construcción de un cerebro traumatizado e impactan en algún lugar de la organización mental, de las emociones, de los sentimientos, de los estados emocionales, de la explicación de las experiencias (nos condicionan imponiendo alguna clase de filtro para ver y vivir y la realidad).

Además, son experiencias con las cuales, precisamente por generar un alto impacto, no podemos seguir viviendo sin encontrar una manera de adaptación que reduzca el sufrimiento que nos causan. Ponemos en marcha diferentes mecanismos neutralizadores (mecanismos de defensa) y adaptamos nuestra forma de vivir a formatos en los cuales la experiencia genera menos dolor. Un niño que durante los primeros años de su vida sufre abandono o maltrato construirá explicaciones inverosímiles para dar sentido a esta experiencia: se imaginará una madre a la que quizá ni siquiera conoce, pero que le quería o un padre maravilloso que se portaba bien con él cuando llegaba a casa.

Leo en un reportaje periodístico sobre adolescentes que se fugan de los centros de protección, se complican la vida o son víctimas de explotación por parte de los adultos. Una de las chicas se molesta cuando le hacen preguntas sobre su conducta y afirma: «Cuando dices que has vivido en un centro siempre te preguntan lo mismo: «¿Qué has hecho?». Pero tú no has hecho nada. Te lo han hecho a ti». Recuerdo la época (años ochenta) en que la justicia penal y la protección de los menores estaban unidas. Cuando visitaba los centros traspasados a la Generalitat, instituciones que unos y otros menores compartían, los que habían delinquido decían que no sabían por qué los habían internado allí, mientras que los que habían sido abandonados declaraban que se habían portado mal. Deficiencias, sufrimientos y adaptaciones que expresaban a

través del sentimiento de culpa o de la rabia por ser maltratados de nuevo y por el maltrato recibido.

Cuando, en un momento u otro, aparezca el malestar o el trastorno, las relaciones de ayuda deberán tener presente no solo el trauma y su impacto, sino todos los procesos adaptativos que la persona realizó para neutralizar el sufrimiento. La memoria vital no es un simple almacén; es una acumulación de experiencias que las nuevas vivencias modifican y adaptan.

Arrastramos traumas y conductas de adaptación, pero estas no evitan que al final aparezca el dolor en forma de malestar grave.

La ayuda también deberá desmontar una adaptación que no ha funcionado. Se deberá tener cuidado con las etiquetas diagnósticas que, a menudo, se deducirán de las conductas de adaptación a la situación traumática que la persona ha desarrollado y no del universo de experiencias generadoras del dolor original.

Por suerte, mi amigo tiene una vida familiar acogedora que no está en crisis, pero sus malestares lo vuelven insoportable, a ratos, para las personas que lo rodean. Cuando recupera la calma, su malestar emocional lo conduce a volver a sentir el dolor de alguna experiencia de abandono significativa que tuvo de niño (el internado, por ejemplo). «¿Y si ahora me dejan?».

La mayor parte de los traumas no son vivencias graves como el maltrato físico, sino el producto de ausencias persistentes o de incidentes permanentes que se vuelven traumáticos. No se trata, por ejemplo, tan solo, de la experiencia de un niño que no tiene un adulto cercano que le proporcione seguridad, se trata de la experiencia de haber pasado de mano en mano recibiendo la mínima atención, que instaurará el trauma de sentirse permanentemente abandonado. El malestar se expresará, por ejemplo, oponiéndose a cualquier cuidador o

agrediendo a quien en un momento dado les da cariño.

También existen traumas de ausencia. Es un trauma vivir con el vacío de no haber tenido nunca una experiencia real de sentirse querido. Los estudiosos comparan a veces las vivencias de desamparo con las de ausencia de sentido que describen algunas personas deprimidas.

Analfabetos que no pueden leer ni usar el manual de instrucciones de la vida

Nos quedan dos piezas del puzle explicativo de los problemas de salud mental: las habilidades para vivir y los motivos para seguir viviendo.

Recordemos que mi amigo me decía: «Tú tienes recursos para gestionar lo que te pasa, yo no, yo no sé hacerlo». Cuando sentimos que la vida nos supera, no nos referimos necesariamente a una vida caótica que, queramos o no, genera malestar. Lo que queremos decir es que no podemos abordarla, gestionarla, porque no sabemos cómo hacerlo, porque no poseemos las herramientas que nos permiten controlar aquello que hemos de vivir. Cuando afirmamos que la ansiedad nos devora y pedimos ayuda, parte de la respuesta consiste en ayudarnos a gestionar la ansiedad, a aprender habilidades para mantenerla bajo control. También se enferma de impotencia.

Las personas con una enfermedad crónica, por ejemplo la diabetes, una vez superada la fase crítica inicial, aprenden un conjunto de competencias para saber convivir con ella y gestionarla; competencias que van de entender mejor cómo le afecta a saber gestionar la dieta, pero también a ordenar la vida cotidiana encontrando un equilibrio entre renuncias y placeres. La gravedad de sus efectos (incluida la vivencia de enfermedad) dependerá en gran medida de disponer de estas

competencias o no.

Los malestares y trastornos mentales, aun siendo mayoritariamente críticos, puntuales y acotados en el tiempo, cobran especial relevancia en función de las competencias personales que cada persona posee en el momento en que la vida duele. Me refiero a mecanismos (cuando la tristeza nos invade, sabemos buscar experiencias de felicidad que la alivien y que reducen la probabilidad de sentir que se tiene una depresión). Se trata de hábitos, de regulaciones de la vida cotidiana, que permiten suavizar el caos causado por una crisis. La pandemia, por ejemplo, alteró la vida de todos y la mayoría de las personas buscaron nuevas rutinas para no sentirse perdidas. Cuando la vida se distorsiona, por ejemplo en un proceso migratorio, el impacto en la salud mental es mucho mayor si nada puede reorganizar su nueva vida y la persona no puede reconstruir hábitos de vida equilibradores.

Pero también hablo de «saberes», de conocimientos explicativos de las vivencias nuevas o antiguas que provocan desconcierto. Si el médico de familia que nos atiende cuando creemos estar enfermos tuviera el tiempo y el encargo del sistema de explicarnos algunas hipótesis del por qué nos encontramos mal, si hiciera una mínima educación para la salud, se reduciría el consumo de muchos fármacos y, a pesar de las insatisfacciones del cuerpo, no nos sentiríamos enfermos.

Enfermamos mentalmente porque carecemos de los saberes necesarios para gestionar lo que sentimos y experimentamos cuando algo duele. Por eso, como ya he apuntado, buscamos diagnósticos con insistencia, etiquetas con causas y remedios. ¿Estamos mentalmente enfermos? No siempre. A menudo carecemos de los saberes que nos ayudarían a entender una crisis, a explicar desconciertos, a dar la justa importancia a lo que la vida nos depara. Y optamos por considerarnos enfermos.

Una parte de las dificultades mentales se produce, en parte,

porque carecemos del manual de instrucciones de vida. Y puesto que se trata de una vida que se desarrolla en una sociedad que cambia a ritmo de vértigo, profundamente mestiza, desigual y generadora de exclusión, es muy probable que a muchas personas (en un momento dado a todo el mundo) les falten páginas de este manual y los malestares las desborden.

La ubicación de las dificultades vitales en el territorio de las dificultades de salud mental tiene que ver con el dominio de los saberes necesarios para gestionar la vida, sus incidencias y alteraciones imprevistas, para saber encajar en ella viejos y nuevos padecimientos. Cuando en el repertorio de nuestros recursos no hay ninguno que nos ayude a gestionar y explicar un sufrimiento, enfermamos. También, como decía a propósito del malestar, cuando nuestra vida está metida con calzador dentro de un molde del que no se puede huir. No se puede hacer nada porque la sociedad injusta no permite vivir otra vida, pero también es posible no se disponga de los saberes necesarios para imaginar y construir otra forma de vida. No poder explicar lo que nos ocurre, no poder llenarlo de significado, acaba por hacer padecer más que el propio padecimiento.

Tratamos de orientarnos en el territorio de la dificultad mental porque sabemos muy poco de nosotros mismos (enfermamos por autoignorancia) y estamos confusos acerca de lo que nos ocurre. También porque no tenemos con quien hablar sobre lo que vivimos, no sabemos cómo expresarlo para obtener una respuesta tranquilizadora de nuestro interlocutor ni cómo compartir el propio sufrimiento para compararlo con el de los demás y descubrir la normalidad compartida de muchas de las formas de padecer (enfermamos por el aislamiento y por la parcialidad de lo que sabemos).

Las desigualdades sociales de origen, agudizadas por el

sistema escolar, tienen un impacto significativo en el desarrollo de determinadas competencias de la inteligencia. Por ejemplo, que no todas las personas desarrollen capacidades parecidas para pensar y razonar con conceptos e ideas abstractas. En varios apartados del libro se habla de mentalización como forma de ayuda en la gestión de los problemas mentales, pero esta no es posible si se carece de competencias para pensar de manera abstracta. Poder elaborar una teoría personal explicativa de lo que se está viviendo, ordenar las vivencias, las emociones y las ideas evita que nos sintamos enfermos y ayuda a poner orden en los malestares. Otras veces, la dificultad para pensar hace que se pase a la acción. Si no se puede pensar, actuar funciona como calmante.

Por estos motivos, lo que hacen algunas propuestas de ayuda en el ámbito de la salud mental es potenciar otras formas de expresión del malestar que no pasen por el razonamiento, sino, por ejemplo, por la creatividad, la plasmación de lo que las personas sienten mediante la pintura, la música, el cine o el teatro. Comprender el propio padecimiento no es solo una actividad mental. También puede ser un acto de expresión creativa en el que la persona proyecte su vida para no enloquecer.

Vivir sin motivos para vivir

Esta semana he asistido a un nuevo debate sobre el suicidio juvenil. Un colega de la mesa redonda, que atiende en la consulta los intentos adolescentes de dar por acabada la vida, protesta cuando hablamos de motivaciones para vivir. Insiste en que se trata de menores de edad que no tienen derecho a morir y los adultos debemos obligarlos a vivir. Aparco el debate, que podría ser largo y complejo, pero señalo que

nosotros, sus adultos, primero estamos obligados a proveerlos de argumentos para dar sentidos a la vida, a su vida.

No hablaré del suicidio. Pero la pieza final de mi explicación del porqué acabamos viviendo entre malestares y trastornos mentales, del porqué enloquecemos, tiene que ver con las razones del porqué se nos hace pesado (nos duele) vivir.

Con impactos muy diferentes, padecemos por vivir cuando vivir no nos entusiasma. Una parte de este argumento es puramente filosófica. Se trata de las respuestas a la pregunta del alumno del que hablaba en las primeras páginas, el que preguntó para qué vivimos. Se le puede dar muchas vueltas, pero de manera racional o afectiva, no se puede vivir sin algunos porqués que justifiquen la vida que uno lleva (vivir encontrándonos algún sentido a nosotros mismos y a nuestro lugar en el mundo, algunos sentidos a la vida que llevamos). No basta con ir tirando de la vida. Hay que mantener, como mínimo, la misma actitud de protesta que uno de los jóvenes protagonistas de la novela que acabo de publicar, cuando le dice al adulto que le da consejos: «¡Todavía tengo que vivir! No sé cómo será mi vida, pero es mía».

La dificultad mental aparece cuando debemos vivir vidas sin sentido, y una parte del malestar disminuye cuando podemos darle cierta coherencia a la vida que hemos de vivir o cuando tratamos de vivir de acuerdo con otros criterios. El vacío de argumentos o el sinsentido permanente son fuentes importantes de malestar y de desesperación. Aunque también puede ocurrir lo contrario, es decir, si asumimos acríticamente una explicación de la vida derivada de algún dogma (alguna religión nos ha convencido de que este mundo es un valle de lágrimas y que la verdadera felicidad llega con la vida celestial que nos espera después de la muerte), nos quedamos sin argumentos cuando no pasa nada de lo que estaba previsto y debemos buscar nuevas explicaciones. Si no podemos

apropiarnos críticamente de los argumentos vitales que pueden dar sentidos a la vida, el equilibrio mental es muy frágil.

Pero no he llamado «razones» a esta pieza, sino motivos y argumentos vitales para vivir. En la mayoría de las situaciones, un malestar no se desata porque un silogismo filosófico nos conduzca al nihilismo, a la aceptación de una argumentación filosófica que niega la posibilidad de encontrar sentido. Se entra en crisis cuando desparecen las motivaciones que daban sentido a la vida cotidiana. La casa se queda vacío cuando buena parte de la vida vivida la habíamos destinado a conformar un hogar. Hay días en que no encontramos motivos estimulantes para abandonar la cama. El dinamismo que movía nuestras vidas era alguna propuesta de revolución social que ahora percibimos como inútil. Podemos ponernos en el lugar de un adolescente al que se le obliga a «empollar» temas que objetivamente tienen poco sentido justo cuando no se encuentra a gusto consigo mismo ni es del todo aceptado entre sus iguales.

El depósito de la felicidad del que acabo de hablar también es el causante de que la persona encuentre argumentos para justificar su vida. Los argumentos son la valoración y la búsqueda de determinados estados anímicos, la presencia de personas para las que significamos algo y para las que resulta de alguna utilidad lo que hacemos, comprobar que podemos modificar lo que vivimos, nuestro entorno, los dinamismos que nos inducen a considerar que vale la pena tratar de cambiar algo, por pequeño que sea. Nos guste o no, siempre necesitamos algún motivo para la felicidad. Estar obligados a pasárselo bien, sin argumentos ni compañía, produce insatisfacción y malestar.

Ir tirando por la vida puede convertirse en la principal causa de malestares y trastornos cuando las condiciones de vida empeoran, cuando aparece una crisis o nos impacta un trauma.

A veces, algunas personas toman la decisión de dejar la vida porque se han quedado sin motivos para quedarse en ella, los han agotado. Otras, se instalan en una especie de delirio, de perspectiva distorsionada de la realidad porque encuentran que los motivos para mantenerse en la realidad de la mayoría son poco estimulantes y no son capaces de paliar sus dolores.

La suma: neuronas, oportunidades, experiencias vitales, habilidades y razones para vivir

Ya disponemos de una propuesta interpretativa más o menos completa. Cada vez que tratemos de entender lo que nos pasa, lo que le pasa a una persona atrapada en un malestar, con un impacto u otro (trastorno o no) sobre las posibilidades de ser, vivir y convivir, deberemos considerar las cinco perspectivas o componentes. La perspectiva poliédrica que he adoptado desde el principio del libro vuelve a ser imprescindible y sirve para que la persona (nosotros mismos cuando estamos en una situación mentalmente alterada o frágil) comprenda lo que le ocurre, para que los profesionales le ofrezcan una lectura útil para entender cómo se siente y por qué se siente así y para que, entre todos, podamos pensar las respuestas, nos planteemos las ayudas adecuadas.

A veces es útil saber si la persona tiene antecedentes familiares y si en sus vidas han aparecido dificultades similares. Pero recurrir a los factores hereditarios no significa descubrir una condena escrita, sino considerarla una información útil para tratar de reducir los incidentes vitales que podría desencadenar la enfermedad. En cualquier caso, siempre se debe considerar que cada persona viene de fábrica con unas posibilidades únicas de estructuras cerebrales con sus funcionamientos biológicos y que estos pueden afectar

cualquier malestar. Los profesionales deben ayudar a valorar cómo corregir, compensar, estimular o sustituir este funcionamiento, con fármacos o con otras acciones terapéuticas.

En la mayoría de las situaciones, esta pieza explicativa será muy pequeña. Pero siempre será inevitable saber, sobre todo si se trata de niños, adolescentes o jóvenes, acerca de los entornos de desarrollo y de los posibles déficits que ahora surgen como dificultad. Se constata la parte de la dificultad mental derivada de ausencias no para descubrir causas, sino porque hay que buscar nuevas formas de construir redes cerebrales y mentales inexistentes que hagan posibles nuevos equilibrios.

La única realidad cierta de todo malestar es que la persona sufre (y hace sufrir). Por eso se considera que toda dificultad mental está relacionada con la gestión del depósito de la felicidad y se explica con la imposibilidad de compensar los padecimientos. La ayuda siempre tiene que ver con facilitar nuevas satisfacciones, con cómo gestionar las frustraciones y cómo descubrir nuevas maneras de ser feliz. En el caso de las experiencias que contienen un impacto traumático significativo, es necesario identificarlas, diluirlas y reconducidas hacia respuestas y adaptaciones sanas que mitiguen su impacto.

Gestionar la salud mental es tener o adquirir capacidades para gestionar la vida e incorporar las herramientas que, al ser inexistentes, no impidieron pasar de la dificultad a la enfermedad y que deberán ayudar a recorrer el camino de vuelta. La salud mental tiene siempre una buena dosis de filosofía vital, de razones para vivir y de motivos para querer disfrutar de la vida. Algunas vidas, por exceso o por defecto, no permiten valorar el sentido de vivir.

Cae una roca en aguas tranquilas

Los accidentes de la vida, los malestares reactivos y los malestares explosivos

Enciendo el ordenador a primera hora de la mañana y leo las últimas noticias. En la foto de portada un niño llora en los brazos de su madre mientras ambos corren sin mirar a los muertos que hay en medio de la calle. Escribo este capítulo cuando la guerra de Ucrania está en plena actividad. Puedo imaginar el tiempo que este niño dormirá entre fantasmas, el tiempo que el miedo dominará su vida. Puedo imaginar que, si la desesperación de la madre dura mucho, solo pensar en la salvación de su hijo impedirá que acabe enloqueciendo gravemente.

Con independencia de cómo sea nuestro balance vital (muy probablemente la madre y el hijo de la foto tenían una vida familiar satisfactoria hasta que empezaron a caer las bombas), sufrimos experiencias que son como la piedra (o la gran roca) que cae en medio del lago y altera de manera impactante las aguas de la vida, que hasta ese momento estaban en calma o en equilibrio precario.

Pero los impactos que todo lo alteran pueden ser más cercanos y menos espectaculares. «Se rompió el preservativo, se ha quedado embarazada», me cuenta la madre de Clara, una adolescente de quince años a la que ayudo de vez en cuando. La mujer me ha llamado por teléfono cuando empezaba a escribir este capítulo. Había repasado la propuesta de modelos explicativos de la salud mental y estaba poniendo palabras a la

pregunta sobre los «detonantes», las incidencias o los estados vitales que nos hacen empezar a vivir teniendo que gestionar un malestar imprevisto o uno que consigue trastornarnos.

No es difícil imaginar lo que puede significar vivir etapas clave de la vida bajo el impacto persistente del terror (de las bombas o de la violencia presente en el grupo familiar). Vivir sin un horizonte tranquilizador y sin personas conocidas, no tener ningún orden en la propia vida, ver de cerca la muerte, que no era una realidad dominante… la vida futura de estas personas tendrá muchos lastres y será difícil que se coloquen automáticamente en el territorio del equilibrio feliz.

Escucho el relato sobre el preservativo, que tantas veces se «rompe», y pienso en la intensidad de los primeros escarceos en la sexualidad, descubierta como deseo y como sujeto deseado. Escucho el argumento para no seguir con el embarazo («dice que ahora lo primero son los estudios») y veo que la situación médica quedará orientada y encontrarán una salida («si es necesario, le darán dos pastillas»). Inevitablemente me pregunto: cuando esta chica recupere cierto equilibrio vital, acabe la ESO, deje la escuela y haga planes, ¿cómo será su universo emocional?, ¿cuál será el balance de lo que ha experimentado?, ¿cómo reaccionará cuando aparezca el próximo obstáculo en su vida, justo ahora que la está experimentando?, ¿cómo…?

Tenemos el puzle de las variables que nos permite enfocar de manera integradora la salud mental y sus desequilibrios, pero seguimos preguntándonos cuáles son los factores dinámicos que nos hacen pasar del equilibrio razonable al desequilibrio cuando enfermamos.

El incidente vital de Clara ¿alterará su equilibrio? ¿Será un accidente puntual que no deja huella? ¿Se trata de una experiencia sexual negativa o de una experiencia afectiva intensa que definirá su manera de querer y de sentirse querida?

Si, cuando sea adulta, vive una experiencia de desamor, ¿se deprimirá? ¿Sucederá quizá lo contrario? Puede que tenga la suerte de querer y ser querida y el balance positivo de la felicidad afectiva le permita gestionar los incidentes y las pérdidas de la existencia.

Cuando describía los modelos explicativos de las enfermedades, advertía que con la enfermedad mental nunca nos podemos situar en una realidad definida por una causa, un sufrimiento como efecto y un remedio que cura. Lo más cercano a esta explicación causal son, como ya he comentado, los acontecimientos traumáticos. Las rocas de diferentes tamaños que encrespan la superficie del agua.

Hay accidentes que lo alteran, de manera más o menos grave, todo en la vida. Como mínimo, en el momento que ocurren, la vida emocional queda alterada. Grande o pequeño, hemos de gestionar un malestar. Clara ha visto que toda su vida quedaba alterada y, en medio de un caos de emociones (miedo, angustia, incertidumbre), en una encrucijada, debe acomodar sus estados anímicos, ordenar sus argumentos, enfrentarse al mundo de los adultos y seguir haciendo su vida. Como ella, ante muchas situaciones vitales vivimos «malestares reactivos». La «causa» no es eliminable, pero ha provocado sufrimientos que deberíamos aliviar y reconducir progresivamente bajo nuestro control.

Con todo, cuando un incidente remueve las aguas, es muy posible que también agite el fango vital acumulado, que salgan a flote partes de nuestra vida que más o menos habíamos aparcado. Acabo de comentar que somos en la medida que acumulamos experiencias y que todo malestar puede estar mezclado con material de otros malestares, conocidos y desconocidos (también pueden salir a flote soluciones, pues las experiencias que emergen pueden ir acompañadas de la gestión positiva de viejos malestares y los bienestares que sirvieron

para equilibrarlos). En estos casos estamos ante «malestares explosivos». La pérdida de un ser querido o la ruptura de una relación, por ejemplo, generan grandes malestares porque se convierten en incidentes que lo inflaman todo, generan un incendio emocional que se propaga porque nuestras vidas acumulaban mucho material inflamable.

Pero no abandonemos todavía la roca traumática ni la frágil navegación del ser humano. Si se trata de un incidente grave (gravedad difícil de definir porque depende de la diversidad de vidas o del momento vital en que sucede), es posible que genere olas de gran altura, marejadas que tardarán en calmarse, reacciones del entorno para contener las aguas. La barca de la persona reaccionará buscando formas de adaptarse. Puede que se tire al agua, aunque no sea lo más recomendable, puede que llegue a la conclusión de que la vida es inevitablemente húmeda y que se trata de vivir nadando; quizá intente llegar a la orilla, y cuando lo consiga su barca se quedará varada, encallada. Son «malestares de acomodación», es decir, que no pueden resolverse con facilidad porque también tienen la función de contener otros malestares interiorizados que son mucho peores. Pongamos que Clara no resuelve bien el incidente y deja los estudios, pasa a depender totalmente de su novio y empieza a vivir una vida emancipada, fuera de casa, que defiende como suya, se divierte… Los adultos de su entorno considerarán que está trastornada y la ayuda, cuando sea posible, pasará por resolver la situación creada como acomodación a un hecho que lo ha trastocado todo.

Sobrevivir adaptándose, en busca de alguna compensación

En la mayoría de las situaciones, los malestares y los trastornos

no parecen estar asociados o ser asociables a incidencias concretas. Parecen malestares que inevitablemente acompañan la vida. Son «malestares de balance». Aparecen o se agudizan cuando todo lo que vivimos y forma parte de las memorias de la experiencia llega a un punto de desequilibrio o necesitamos utilizar recursos vitales que no poseemos.

Si vivir es acumular vida, casi siempre que se vive entre malestares se impone una realidad en la cual, al menos de momento, las vivencias negativas parecen tomar la delantera. Las secuencias vitales acumulativas nos conducen a un punto en que la vida parece generar más dolor que felicidad. No se trata de remover los cimientos de la casa para dejar de sufrir, sino de neutralizar el sufrimiento y buscar nuevas felicidades. Como respuesta a un artículo que escribí sobre la salud mental, una seguidora de Twitter dice: «[…] voy funcionando en la vida cotidiana a base de fluoxetina y otras drogas legales para dormir […] no quiero seguir intoxicándome, me gustaría encontrar ayuda, un mentor que me apoye para avanzar en el transcurso de las etapas vitales y a superar los obstáculos que se presentan a lo largo de vida».

Cuando me detengo a pensar en las vidas que llevamos muchos de nosotros, en las que se van acumulando residuos tóxicos derivados de las ambiciones, de la necesidad de alcanzar éxitos que otros han planificado o de la obligación de responder a determinados patrones para ser felices, me viene a la cabeza la máxima evangélica «¿De qué te sirve ganar el mundo si pierdes el alma?». No, no me he vuelto espiritualista o animista. Poned, en lugar del «alma», la mente, el bienestar emocional, la capacidad de sentirse bien en compañía de los demás, de disfrutar de los pequeños y los grandes placeres… Llevamos vidas que parecen acumularlo todo pero carecen de las experiencias positivas que realmente se necesitan para gestionar los malestares. A menudo, acabamos descubriendo

que lo que acumulábamos como bienestar era, en realidad, malestar que acaba convirtiéndose en angustia.

Estos malestares de balance también tienen que ver con la aparición, en un determinado momento vital, de la necesidad de recursos (neurológicos, afectivos, relacionales) que la experiencia no siempre nos ha proporcionado. Acordaos de lo que he comentado acerca de los déficits que causa el abandono y que pueden aparecer como malestar o trastorno en la adolescencia o en la juventud. Cuando Clara gestione su experiencia afectiva y sexual, lo podrá hacer positivamente si, en su infancia, se sintió querida y creó vínculos con unos padres que le daban seguridad, podrá recuperar la experiencia para sentirse bien queriendo y sintiéndose querida. Pero también es posible que el desequilibrio de su conducta actual sea debido, en parte, a la necesidad de importarle a alguien, a toda costa, porque sus estructuras mentales carecen de la experiencia del apego y de los mecanismos para sentirse en positivo (que tal vez ahora trata de encontrar en su novio).

Vivir vidas imposibles. Los malestares de desesperación

En este repaso de los incidentes o de las situaciones vitales que abocan al sufrimiento mental, de los catalizadores que provocan las reacciones de malestar, no hay que olvidar que vivimos en una sociedad injusta y desigual y que, para muchas personas, es la propia vida, deficitaria y empobrecida, toda ella y no un hecho concreto, la que genera malestares y trastornos. Vuelvo a la gran asociación entre vidas empobrecidas, maltratadas y excluidas de la que hablaba en las primeras páginas para recalcar que las personas condenadas a sobrevivir cada día necesitan, antes que nada, poder tener alguna posibilidad de vida. El hecho de considerar sus condiciones de

vida en relación con la salud mental no significa que lo primero que necesiten sea recibir atención para su salud mental (que también). Si las personas que tienen una vida relativamente estable y solucionada se descolocan cuando aparecen crisis que alteran la posibilidad de planificar la vida, es fácil imaginar lo que significa vivir permanentemente en la precariedad, cuando la máxima preocupación es saber cómo afrontar el día que empieza o cómo dar una vida digna a los seres queridos, de los que has de cuidar.

No es exacto decir que entre los pobres hay más problemas de salud mental. Entre las personas con recursos económicos se da una verdadera pandemia de ansiedad. Pero una preocupación humana y justa por el tema lleva a descubrir que la precariedad vital genera inevitablemente múltiples malestares y trastornos (dejando aparte, por ahora, el impacto sobre la vida infantil, del que he hablado y sobre el que volveré). Una justa preocupación debe dejar claro que el aumento de trastornos impulsa a luchar para que estas personas gocen, en primer lugar, de las condiciones de vida a las que tienen derecho. Los profesionales no los atendemos para evitar que se vuelvan locos, sino para hacer justicia, además de cuidar de su malestar. Ayudamos a gestionar desesperaciones, pero no suministrando argumentos para el consuelo o el control.

Para comprender la salud mental debemos situarnos honestamente en la experiencia de una persona que vive entre emergencias económicas, habitacionales, sanitarias, laborales… Intentemos descubrir qué significa vivir en el desastre permanente y con el caos como música de fondo, siempre al límite de algún abismo. Las fuerzas mentales también se agotan y no hay modo de reponerlas. Razonablemente, algunas personas pierden las ganas de vivir.

No se trata tan solo del balance en negativo al que me refería

una páginas atrás, a pesar de que no se puede olvidar que la patología se instaura entre la felicidad y la desgracia. No. Ahora me refiero a vidas a las que la sociedad lleva al límite y en las que, a veces, las personas no tienen otra salida que sentirse mal y pensar que sufren alguna enfermedad o, sencillamente, que no pueden hacer otra cosa que poner en marcha algún malestar. Cuando atendía a jóvenes con problemas graves derivados del consumo de heroína, describí en uno de mis libros lo que denominé «situación límite». La persona, decía, «experimenta que la situación es insostenible, tiene la vivencia de que no puede ir más allá, siente que no aguanta más; todo le da igual, incluso morir».

La vida que viven muchas personas de nuestra sociedad es una vida imposible (o al menos imposible de gestionar) que conduce a lo que podríamos llamar «malestares de desesperación».

III

Vidas saludables

Sabemos que la salud mental tiene que ver con cómo vivimos, cómo hemos vivido y cómo imaginamos que viviremos. Podríamos estar parcialmente de acuerdo en que vivir no siempre es fácil y en que la pérdida de la serenidad vital puede depender de las oportunidades que se han tenido, de las experiencias acumuladas, de los acontecimientos vitales que aparecen en nuestra existencia. Si seguimos avanzando a través de este laberinto reflexivo, encontraremos otra encrucijada en la que detenernos: las etapas de la vida, la salud mental propia de cada una y, lo que es más importante, cómo se construye en cada una de ellas una vida mentalmente saludable.

Propongo que abordemos en primer lugar algunas de las oportunidades educativas de la infancia que condicionan las vidas infantiles y las vidas adultas no trastornadas. Luego, hablaré de las vidas adolescentes que aprenden a gestionar la vida arriesgada en la sociedad del riesgo sin que les queden muchas cicatrices, y de la juventud llena de presente pero vacía de futuro. Son etapas clave para poder gestionar con cierto equilibrio la existencia adulta, en la que a veces parece que sobrevivimos en lugar de construir sentidos para la vida que hemos de vivir.

Buena parte de lo que somos, de cómo viviremos la existencia, tiene que ver con la infancia

Ciclos vitales desajustados

En el mundo educativo se habla de etapas evolutivas de la vida infantil y adolescente a las que corresponden unas etapas educativas. Desde la perspectiva más antropológica o sociológica, se habla de ciclos vitales que, en parte, son evoluciones biológicas, pero fundamentalmente son etapas definidas por la sociedad. Utilizaremos esta idea de ciclo vital porque incorpora aspectos no considerados por la condición más biológica o psicológica de la persona, pero que son condicionantes de la salud mental.

Un ciclo vital puede estar definido por unas necesidades de desarrollo que, como he comentado, son oportunistas, necesitan recibir una respuesta en el momento oportuno. Son ciclos vitales, como las etapas infantiles y adolescentes, que corresponden a momentos evolutivos. Ocuparse adecuadamente de la infancia es la primera condición, la principal, para reducir malestares y trastornos. Sin embargo, no debe hacerse para prevenir, sino porque los niños y niñas tienen derecho a tener infancia. Buena parte de las dificultades de los jóvenes y de los adultos provienen de haber tenido una infancia sin infancia.

Un ciclo vital también puede estar definido por la exigencia de respuestas sociales, terapéuticas o educativas determinadas. Se acota un periodo de la vida para educar de manera diferente (educación infantil, por ejemplo), para organizar un

funcionamiento diferente (ocio juvenil), para dar respuestas de salud diferenciadas (las consultas de geriatría). Me detendré a comentar que algunos aspectos de la respuesta inadecuada, que olvida las características de un ciclo vital, pueden ser iatrogénicos (pensemos, por ejemplo, en las confrontaciones adolescentes con un sistema educativo inadecuado).

Igualmente, un ciclo vital está conformado por tener un encargo social diferenciado. Para responder a las expectativas de la sociedad, el individuo debe dedicarse a determinadas actividades en cada etapa de la vida. Los ciclos vitales son construcciones que dependen de la evolución económica y tecnológica de las sociedades. Mientras el trabajo de los niños en las minas de carbón fue necesario, no existió la infancia. Cuando se empezaba a trabajar a los catorce años, la adolescencia solo existía en determinadas clases sociales y lo común era la pubertad. Desde que la jubilación se adelanta y la vida se alarga, ya no se puede hablar de tercera edad y se van construyendo etapas que den sentido a las vidas que han salido del sistema productivo.

Algunos problemas de salud mental pueden aparecer porque la persona vive una etapa en la que nadie espera nada de ella y la regulación de su vida diaria, marcada por el trabajo, ya no existe. Pero también pueden aparecer cuando existe un desacuerdo entre la persona que vive en esta etapa y la sociedad dominante. Es lo que pasa en la adolescencia. Ellos y ellas consideran que es una etapa para ser feliz y la sociedad, que es de preparación para el futuro. Es fácil que aparezcan malestares causados por este desacuerdo (amoldarse o romper el molde), de los que ya he hablado.

El niño que fuimos, el niño que no recibe nuestro abrazo cada día

Si el que sufre es un adulto, pensar en la salud mental siempre conlleva pensar en las infancias vividas. Si, por el contrario, se trata de niños, hemos de pensar en las infancias que puede llegar a vivir o las que les serán negadas. Incluso cuando la crisis aparece como reacción a un desastre concreto, siempre aflora un trasfondo de la infancia. El padre que no somos capaces de ser es el hijo que no tuvimos la posibilidad de ser.

Una parte reveladora del aumento de malestares y trastornos que, por lo que parece, vivimos en la actualidad es el resultado de sociedades que han alterado de manera significativa las condiciones de vida de la infancia sin pararse a pensar en cómo garantizar infancia a la infancia. Las economías de doble salario (trabajar los dos miembros del hogar), por ejemplo, obligatorias hoy en día para poder vivir en nuestro mundo, nunca se plantean nuevas maneras de garantizar una crianza positiva. Los tiempos de la infancia se someten a los de los adultos. La escuela y el mundo extraescolar se convierten en tiempos de custodia. Más que espacios clave para el desarrollo, acaban siendo, a falta de tiempo de los adultos, un lugar donde dejar a los niños, más o menos en buenas manos.

Con demasiada frecuencia, las preocupaciones sociales por la infancia están teñidas de una actitud benéfico-protectora. Se protege a los niños contra los «accidentes» tratando de evitar que no los afecte ningún dolor en particular. En el caso de la salud mental, nos movemos entre la protección contra los «traumas» y las influencias perniciosas que conducen a los niños a desear una vida no prevista.

Pero lo que realmente debería preocuparnos es cómo garantizar que puedan acceder a la vida que necesitan para ser niños con posibilidades de acabar haciendo su vida. Reaccionamos alarmados ante un maltrato, pero olvidamos que a menudo causa más daño (tiene un impacto mucho más grave sobre la futura salud mental) vivir día tras día sin abrazo

alguno.

Desde que, en 2008, escribí el libro *El lugar de la infancia* (tras pasar un tiempo haciendo de defensor de los derechos de los niños como adjunto del Defensor del Pueblo de Cataluña, con poco éxito), he ido dándole vueltas a una serie de preguntas sobre las familias y la infancia de las que te propongo reflexionar sobre cuatro: qué es una familia y para qué sirve; qué es esencial en un grupo familiar; qué significa ser padre y ser madre; para qué queremos tener hijos. Es una reflexión reducida, acotada. A partir de todo lo que llevamos compartido, comprenderás que la vida de la infancia no es solo la familia y que su universo en construcción es mucho más amplio. En las páginas que siguen hablaré del tema porque es el territorio básico de los afectos y las seguridades y porque forma parte de lo que deberíamos garantizar si hemos decido unir nuestras vidas a la de un niño.

Infancias entre adultos que solo piensan en su propia felicidad

Es fácil encontrar escritos y debates que asocian la salud mental de la infancia y la salud mental adulta derivada de la infancia con el hecho de que los niños vivan o hayan vivido en una familia tradicional («la de siempre, la de verdad»). La «desintegración» de la familia tradicional y las nuevas familias serían la causa de todo lo que nos ocurre. Por eso he de empezar dejando claro que lo que define la capacidad educadora y la potencialidad afectiva de un grupo familiar no es cómo este está compuesto, sino el clima de relación, el clima vital dominante, el clima afectivo en el que el niño vive.

Hay grupos familiares con hijos compuestos de maneras muy diferentes (homoparentales, heteroparentales, monoparentales, reconstituidos, etc.) y, hoy en día, no resulta fácil definir qué es

una familia. Se puede optar por decir que se trata de un pacto económico y afectivo entre dos personas de diferente sexo o del mismo. O suavizar la definición afirmando que son dos personas que se ponen de acuerdo para compartir de manera estable sus formas de vida y sus sentimientos y, si se tercia, se responsabilizan conjuntamente de educar a los hijos. Como no podemos dejar de considerar familia a la monoparental, también se acepta como familia a una unidad de convivencia entre dos o más personas vinculadas por alguna clase de relación de filiación.

Sin embargo, no se puede simplificar. No es lo mismo hablar de cómo son las relaciones de una pareja que convive (un debate cultural sobre lo que se consideran buenas formas de convivir, con una u otra regulación legal), que hablar de un grupo de convivencia en el que se introduce la presencia de un niño. Los núcleos familiares ya no centran la lógica de su existencia en la presencia de los hijos, no son puerocentristas. Los niños pueden acabar siendo un derecho del adulto, un objetivo vital, un deseo, una propuesta social, una moda, una necesidad de consumo o de normalidad social. La razón de ser de «la familia» ya no es la procreación, sino la convivencia, compartir con otra persona una parte de la vida con voluntad activa de estabilidad; y esta convivencia, con sus momentos de felicidad y de dificultad, hará posible una infancia u otra, y al mismo tiempo hará posible que el depósito adulto del bienestar esté lleno o vacío.

La filiación, la aceptación o la búsqueda de la presencia de un hijo también ha ido cambiando radicalmente. A la procreación producto de una relación sexual y afectiva entre un hombre y una mujer se han añadido multiplicidad de nuevas formas de reproducción asistida hasta llegar a la maternidad subrogada (vientre de alquiler), las filiaciones culturales de la acogida y la adopción, así como la presencia de hijos de

filiaciones diferentes en los hogares reconstituidos.

En medio de todos estos cambios, no siempre reflexionamos sobre cómo se modifica el hábitat básico de la infancia. No pensamos, en primer lugar, en cómo nos ocuparemos de los hijos de la manera adecuada. Nos centramos en nosotros mismos y en nuestra felicidad y, como mucho, les damos una relevancia complementaria. En el fondo, pensamos que saldrán adelante de una manera u otra, crecerán y se recuperarán de las dificultades que puedan tener. De hecho, vivimos en una especie de analfabetismo de la infancia, no sabemos mirarla ni escucharla ni tratamos de hacerlo. Una parte importante de las dificultades de salud mental actual hunden sus raíces en una sociedad que no quiere pensar en cómo garantizar infancias.

No está muy claro para qué queremos niños en nuestra vida

La tendencia adulta a mirarse el ombligo hace olvidar que la salud mental de los niños y niñas, mientras son niños y más tarde, depende de tres piezas clave, a las que me he referido y sobre las que volveré: el clima de convivencia (las experiencias vitales que determina), las oportunidades educativas y, sobre todo, la construcción de vínculos (empezando por el apego inicial).

En clave de influencia en la salud mental, parece que lo que debería caracterizar a un grupo familiar son unos pactos voluntarios para convivir y compartir, con voluntad activa de pervivencia (sin estar continuamente en crisis) y con cierto proyecto de vida en común. Es en la interrelación de estas variables donde hay que colocar, además, el acuerdo conjunto de cuidar de los posibles hijos y de construir la vinculación (que en la medida en que la filiación llega por vías diferentes deberá construirse de maneras diferentes).

Ni somos padres o madres de manera automática ni los hijos nos aceptan como tales si no actuamos en sus vidas como padres y madres. Olvidar estas lógicas de relación comporta riesgos importantes para la infancia. Malestares y trastornos son el resultado de olvidar que se tienen hijos para educarlos, de no aceptar que su presencia modifica la manera de vivir de las personas del núcleo familiar.

Un grupo familiar debe ser fundamentalmente una fuente estable de estímulos, seguridad y afecto. Los niños necesitan un entorno favorable donde sentirse aceptados, queridos y amparados sin que los adultos esperen nada a cambio. Una «familia» es, o se vuelve, inadecuada cuando no existe un clima afectivo positivo básico que haga sentir a todos que son útiles e importantes; cuando no hay estímulos de toda clase para favorecer el aprendizaje, el desarrollo y la socialización; cuando todo es precario y amenaza constantemente con entrar en crisis. No me refiero a la estabilidad como condición total, definitiva y permanente en la vida de un menor, pero sí, al menos, a un conjunto de estabilidades sucesivas mínimamente duraderas que le permitan adquirir seguridades y adaptarse, si es necesario, a los cambios inevitables que afectan a la vida de sus adultos.

Detrás de unos padres maltratadores, de unos padres adoptivos, de un grupo familiar que se preocupa por la vida de sus hijos y de un interés social razonable por la infancia, siempre hay una pregunta elemental: ¿para qué queremos a los niños y niñas? (he dicho en más de una ocasión que hay muchos niños «ikea», elementos de decoración provisional que se echan de menos cuando ya se ha amueblado la casa). Una pregunta que lleva emparejada otra: ¿quién necesita a quién?

El mundo de la infancia está lleno de eufemismos, de medias palabras, de lenguajes social y políticamente correctos que ocultan buena parte de la realidad. Pero cuando hay una crisis,

un drama, o se descubre que hay padres que no parecen ser conscientes de que hay que ocuparse de los hijos, aparece el primer problema de fondo: no está muy claro para qué los queremos en nuestra vida, no está claro el lugar que ocupan en la sociedad ni el sentido de su presencia en los viejos y nuevos núcleos familiares. Resulta más fácil diagnosticar a un niño afectado por un trastorno de desarrollo neurológico que saber cómo compensar la falta de estímulos que muchos sufren en su grupo familiar en los primeros años de vida. Nos resulta más fácil invalidar a una familia pobre y retirarle la custodia de sus hijos que ayudarla a que pueda ocuparse de ellos.

Padres y madres que construyen la salud mental en vez de destruirla

Puesto que ahora me centro en cómo garantizar que la vida de los niños sea, en el presente y en el futuro, mentalmente sana, la reflexión conduce a la pregunta: ¿qué significa hacer de padre o de madre? Simplificando mucho, me atrevo a afirmar que hacer de padre o de madre (de manera diferente en cada etapa de la infancia) significa facilitar a los hijos un conjunto de experiencias y vivencias básicas.

De los adultos que los rodean, los niños necesitan pruebas de la consistencia de los vínculos de filiación (que sus vidas y las de sus adultos están unidas). Manifestadas con expresiones de afecto, de interés por lo que ocurre cotidianamente en sus vidas, de apoyo en las dificultades y preocupación por sus preocupaciones. El apego seguro permitirá que, de manera progresiva, tengan un estilo de vida en que el vínculo se volverá autónomo, serán personas que al sentirse seguras sabrán gestionar su propia vida.

Los niños esperan de los adultos disponibilidad para atender

sus necesidades. Esperan contención y límites para descubrirse como sujetos diferentes, para aprender a ordenar su mundo (lleno de emociones confusas y de descubrimientos desconcertantes).

Esperan normas y valores de referencia. Esperan propuestas de conducta mínimamente coherentes, poder discriminar los comportamientos que las personas que los quieren consideran aceptables, mejores o peores.

Esperan explicaciones del mundo que los rodea, ayuda en su interpretación hasta que no posean una propia. Necesitan conexiones con otros entornos educativos (escuela, espacios de socialización y de juego, etc.) para que su entorno se vaya ampliando, para descubrir maneras diferentes de vivir y poder adaptarse sin sufrimiento a los cambios y las crisis que aparecerán.

El desarrollo positivo de un niño no contempla, sin embargo, que siempre esté en un entorno familiar controlado. También nos necesitan para poder arriesgarse con seguridad, para entablar relaciones con otros adultos, que se convierten en fiables porque los adultos en quienes confían les traspasan su confianza. Necesitan otras maneras de ver el mundo. Jugar y soñar libremente también forma parte de la salud mental.

La construcción mentalmente sana de un niño pasa por acceder a otros entornos tranquilos y estimulantes como la educación 0-3 (de primer ciclo Infantil), variada y flexible, en la que están presentes figuras educativas que cuentan con la confianza de los padres, y otros niños que les permiten descubrirse únicos entre iguales. La sobreprotección genera más tarde dificultades de adaptación, malestares cuando el entorno cambia. Recordemos que uno de los componentes de la salud mental es la experiencia, la posibilidad de convivir siendo aceptado. Necesitan aprender qué les aporta el valor de cooperar y compartir.

Detrás de la posibilidad de realizar todo esto —solos o con ayuda— también hay unas capacidades que deben adquirirse para convertirse en padres; entre ellas cabe destacar: la capacidad para descubrir y aceptar que la propia vida estará unida y condicionada a la presencia del hijo, la capacidad para anteponer los intereses de los hijos a los propios gracias al conocimiento de su mundo, la capacidad de compartir (si la familia es biparental) la responsabilidad educativa con la pareja, la capacidad de observar los cambios y descubrir en qué persona se están convirtiendo, la capacidad de aceptar otras influencias adultas en su vida, etc.

Por mucho que cambien las filiaciones y los grupos familiares, los niños necesitan a los adultos para sentirse queridos, para saber que le importan a alguien, para recibir el conjunto de estímulos educativos que necesitan para madurar y llegar a formar parte de la sociedad. Para eso sirven los padres, los de antes y los de ahora.

Escuelas liberadoras

Antes he comentado que no me refiero a los grupos familiares como si la infancia fuera solo familia. Por suerte, muchas veces la infancia es la infancia a pesar de la familia. He explicado por qué se debe prestar atención, suplir o compensar las influencias elementales de la familia. Sin embargo, todos los contextos de la vida de un niño estructuran su persona (aportan oportunidades y experiencias), condicionan sus afectos, sus relaciones, y lo ayudan a encontrar un lugar en el mundo. No reflexionaré sobre la totalidad de su mundo y, por si acaso, advierto de nuevo que ningún niño tiene bastante con su familia y que los niños no son propiedad de su familia.

Haré, sin embargo, un breve inciso sobre el territorio escolar.

La escuela nace precisamente para liberar a los niños de sus familias, para evitar que su mundo quede circunscrito a los adultos, a las relaciones y las cosmovisiones del grupo familiar. La escuela es, ante todo, el lugar en el que el niño descubrirá que el mundo no es solo él y que él no es el centro del mundo. Representa la salida de sí mismo y el descubrimiento de la existencia de otras perspectivas, de otros mundos que vale la pena descubrir. Existen los demás, sus deseos, sus maneras de ver la realidad y de sentir, y la escuela, como lugar de alteridad, favorece su descubrimiento, hace posible que el niño se descubra a sí mismo, sus capacidades y cualidades, pero insiriéndose en un mundo diferente del suyo.

En la escuela nacen gran parte de los componentes que organizan su infancia y que le permitirán más tarde ordenar su adolescencia. El oficio de niño no es exactamente el oficio de aprendiz, por eso no pretendemos escolarizar la infancia y hablamos de educar y aprender a lo largo de la vida cotidiana.

Hay diversidad de tiempos escolares (no siempre coinciden con la escuela y su horario) y diversidad de tiempos educativos (incluidos los que pasan en la escuela). Ambos son necesarios como oportunidades de infancia. En todos los casos hay que pensar en cómo contribuyen a definir su persona.

Las experiencias escolares fuera de la familia (a partir de la seguridad construida en el grupo familiar) estructuran una parte esencial de la condición infantil y, cuando son de dificultad y conflicto, pueden alimentar significativamente los malestares. La escuela como territorio obligatorio también genera en algunos niños las dificultades para encajar de las que hablaba cuando describía el malestar. Al mismo tiempo, es el territorio de las máximas satisfacciones y de las posibilidades para reequilibrar las dificultades familiares.

Un último detalle: las habilidades, las competencias para gestionar la vida que he mencionado como componente del

puzle de la salud mental, se adquieren principalmente en la escuela, donde se aprende a pensar y a pensarse, a expresarse, a entender el mundo y a ubicarse en él. Las herramientas para gestionar la propia salud mental en medio de las incertidumbres de la existencia son fundamentalmente herramientas de conocimientos, habilidades, descubrimiento, pensamiento, etc., que tienen su origen en el desarrollo de las capacidades de aprender.

Sobrevivir y ocuparse de los hijos

Las pautas de crianza no son las mismas en la estabilidad que en la precariedad. Ningún grupo familiar es un oasis de tranquilidad estable y permanente. Si ya existen dificultades o déficits educativos, es probable que una nueva inestabilidad las agudice y que el cuidado de los hijos se relegue para ocuparse de la subsistencia o de resolver la crisis. Si la relación facilitaba la estabilidad emocional, el niño vive la crisis como provisional y puede situarla; vive la ruptura o el cambio como realidades que no lo ponen en crisis a él.

Cuando la pérdida de la ocupación o de una fuente de recursos estables se instala en una familia, lo primero que suele romperse es una parte importante de las vinculaciones sociales. El proceso de marginación que puede aparecer tendrá un impacto de sufrimiento y problemas de autoestima en la identidad positiva de los hijos. Se agravará especialmente, por ejemplo, cuando la familia vive un proceso migratorio, cuando los orígenes pesan y se convierten en un impedimento para la integración, cuando las pautas educativas originarias parecen ser ahora inútiles o se viven como contradictorias.

Sin embargo, hay que prestar mucha atención en no identificar las situaciones de fragilidad social de un grupo

familiar con los problemas educativos o con maneras inadecuadas de educar, no confundir el «abandono» parcial o temporal del cuidado de los hijos con el abandono y la desprotección persistentes. Aunque tenemos la obligación de evitar generar impactos negativos innecesarios, no producir vacíos y déficits, tampoco hay que caer en una especie de determinismo de malestares y trastornos futuros. No condenamos a los niños a acabar mal por culpa de las equivocaciones educativas o de los déficits en su cuidado. En cambio, sí que estamos obligados a compensar las pérdidas y equilibrar, como ya he comentado, la balanza de la felicidad. La ayuda posible consiste en proporcionar a los niños entornos y experiencias compensadoras y, al mismo tiempo, en ayudar a los adultos que los rodean (nosotros) a recuperar sus posibilidades y capacidades educativas. Compensar los traumas supone volver a poner al alcance de los niños personas adultas en quienes confiar (en las que volver a confiar), que sean una verdadera fuente de afecto, amor, apoyo y estímulo.

Vivir, crecer cuando todo puede disolverse. Sentirse bien educando a los niños

Vuelvo a las diversidades y a los cambios en el grupo familiar y en la filiación. Como el pensamiento conservador tiene en la familia un núcleo de pensamiento y de imposición de formas de vida, tengo que repetir que la composición no es una variable que dificulte la salud mental y sí que lo es el clima familiar. Pero, hecha esta afirmación, he de señalar un efecto de la multiplicidad de cambios en los grupos familiares: la instauración de cierta fragilidad, de un tono de poca estabilidad en los núcleos de relación. Aceptar que todo puede cambiar y que un niño puede encontrarse bien en todos los

grupos no debe hacer olvidar que, en cualquier caso, debe percibirlos como estables, no debe sentir que el núcleo del que su vida depende está continuamente a punto de disolverse.

Ninguna de las maneras de construir un núcleo familiar ni de conformar la filiación debería ir acompañada, manifiesta u ocultamente, de componentes de provisionalidad o de vivencias «decorativas» (sentirse un jarrón más, no imprescindible para la vida de los adultos). Cuando se ha aceptado la presencia permanente de un hijo, debe planificarse con la misma voluntad de estabilidad el matrimonio que la pareja de hecho, la convivencia con alguien del mismo o de diferente sexo. El cuidado de los hijos es por el tiempo que lo necesiten y la planificación de la vida debe tenerlo en cuenta. Diversidad familiar no debe significar precariedad afectiva, provisionalidad, cambio permanente, incerteza sistemática.

Su salud mental y la nuestra está asociada a sentirnos bien cuidando de ellos. Cuidar de los hijos no siempre es fácil, a todo el mundo se le agota la paciencia, las reglas educativas se alteran cuando uno creía que las dominaba. Pero una parte de nuestra felicidad debe ser cuidarlos, dar pruebas de satisfacción por estar a su lado cuando nos necesitan.

Cuando parece que todos los adolescentes están para encerrarlos

La relación entre la adolescencia y la salud mental está llena de discursos en negativo (el resto de la condición adolescente también). Mi vida profesional ha estado prácticamente asociada al mundo de los adolescentes y en todos mis textos y conferencias siempre empiezo advirtiendo que hay que descubrir primero al adolescente y luego detectar el problema si lo hay.

Dos son los grupos de componentes que anticipan sistemáticamente los problemas relacionados con la salud mental y los adolescentes. El primero, la idea de que todos los malestares futuros empiezan en la etapa adolescente. La literatura psiquiátrica dice algo así como que «la mayoría de los trastornos aparecen, premórbidamente, en la adolescencia». El segundo es una mezcla entre las preocupaciones adultas para que no se echen a perder dedicándose a experimentar y arriesgándose y la pretensión profesional de prevenir futuros problemas de salud mental antes de que aparezcan.

Dificultades de presente y preocupaciones de futuro

Para mí no está claro que la mayoría de los posibles trastornos empiecen a brotar en la adolescencia (sin volver al tema de la línea continua entre malestares y trastornos a la que me he referido, y que justo en la aparatosa adolescencia es cuando hay que tenerla más en cuenta porque, al igual que los

adolescentes, todo cambiará). A menudo repito que si se aplican a la florida conducta adolescente los sistemas de clasificación y diagnóstico (de los que he citado algunos ejemplos), todos están «trastornados», para encerrarlos. Y he de recordar que para una mirada adulta poco acogedora y flexible la variada fenomenología adolescente puede convertirse con facilidad en sintomatología clínica.

Con demasiada frecuencia, para la mayoría de los adolescentes, lo que realmente ocurre no es que empiece nada, sino que, justo en la adolescencia, los esquemas interpretativos de los adultos saltan por los aires y en lugar de descubrir sus argumentos aplicamos nuestras interpretaciones. Además, es justo en la adolescencia cuando las teorías sobre la salud mental, y sobre todo los recursos de atención, entran más en crisis y se vuelven más inadaptados.

Respecto a las preocupaciones de futuro, la adolescencia es inevitablemente una etapa de descubrimiento y experimentación; no se trata de vender esperas (cuando seas mayor), sino de que adquieran seguridad. Si tuviéramos la posibilidad de ejercitar la paciencia y la esperanza, garantizando diferentes maneras de estar a su lado, comprobaríamos que en la adolescencia todo es provisional y todo puede acabar siendo diferente.

Obviamente, no puedo negar que algunos adolescentes tienen vidas realmente complicadas que, como comentaré más adelante, los hacen sufrir a ellos y a quienes los rodean. Tampoco negaré que me hallo entre los profesionales perdidos que no siempre saben cómo ayudarlos y que algunas vidas que pretendía mejorar acabaron en desastre.

El desamor entre los profesionales de la salud mental y los adolescentes suele ser bastante intenso y podría afirmar que es de dos tipos. Por una parte, tiene que ver con el tema de la «normalidad» al que ya me he referido en numerosas ocasiones, en este caso aplicado a las formas de vida adolescente. ¿Qué es «normal» entre los adolescentes actuales?, ¿qué podemos esperar de ellos? Ocuparse de los adolescentes pasa por saber lo que podemos esperar de ellos y lo que es incompatible con su condición. Si fueran ordenados, estables y tranquilos no serían adolescentes.

La lectura de la normalidad se complica todavía más cuando, como acabo de recordar, se utilizan criterios interpretativos pensados desde la perspectiva del problema y la patología. Gran parte de las razones de la incomprensión mutua tienen que ver con las perspectivas de análisis: las discrepancias entre lo que mira y descubre el profesional y lo que siente y vive el adolescente. La mayoría de las lecturas de la conducta adolescente realizadas con lógica clínica atribuyen un significado problemático a lo que los adolescentes viven con normalidad y es propio de la adolescencia.

Ya he comentado que los diagnósticos de los trastornos mentales son propuestas descriptivas de conductas que incluyen muchos aspectos habituales en diferentes momentos de muchas adolescencias (saltarse las normas, oponerse al adulto, cambiar constantemente de estado emocional, expresar los sentimientos de manera espectacular, etc.). Este primer desamor que nace del hecho de haber olvidado adoptar una mirada acogedora. En vez de tratar de encontrar sentidos en clave adolescente y entender sus malestares, resulta más tranquilizador diagnosticar, adoptar categorías que son cajones de sastre sin matices —como la de «trastorno límite de la personalidad»— para la mayoría de las situaciones de dificultad de los adolescentes.

El segundo tipo de desamor tiene que ver con la provisionalidad a la que acabo de referirme. No disponemos de criterios para estudiar la provisionalidad, la transitoriedad de lo que hacen (lo que condiciona la adolescencia y que podría condicionar las etapas posteriores), no sabemos cómo medir los tiempos de espera en un tiempo vital como la adolescencia, que es provisionalidad permanente, alteración y cambio. Nos angustia esperar y que todo salga mal por no haber intervenido a tiempo.

La dinámica entre prevenir y esperar solo tiene salida si la mirada sobre su mundo deja de ser anticipatoria (actuar antes de que ocurra algo) para pasar a ser dinámica, asociada a un proceso de acompañamiento que no solo permita descubrir lo que está pasando, sino la interacción, las relaciones mutuas, entre sus adolescencias, el contexto en que se desarrollan (qué les pasa, dónde les pasa, en relación con quién, con qué tensiones y en qué soledades) y el contenido de las vivencias subjetivas de todo lo que ocurre en sus vidas. Y, además, hacerlo sin clasificar los padecimientos ni buscar el tornillo que falta.

Malestares diversos entre adolescencias diferentes y vidas desiguales

Para evitar cualquier generalización también se debe tener presente la diversidad de adolescencias, que hace que toda teoría universal, sin adaptación, se convierta en falsa. También, que la adolescencia no es la pubertad (esta forma parte de ella) y que se trata de una etapa social, definida y condicionada por la sociedad de cada momento. Son adolescentes que no pueden sustraerse al momento concreto de la sociedad en la que viven. Por ejemplo, una parte de la construcción de la identidad

adolescente se produce de manera virtual, digital, en la red, y los malestares pueden aparecer no como «trastorno de la personalidad», como podría definirlo la psicología clásica, sino como dificultad para gestionar las expectativas virtuales sobre cómo ser, una realidad que definen los demás en las redes en las que está inmerso.

Como creo que no me negarás que, a menudo, la dirección que toma nuestro mundo parece una locura, hemos de entender que el adolescente no la entienda, piense que aquí no se le ha perdido nada y decida llevar una vida que a nosotros, los adultos, nos parece inadecuada. Algunos chicos y chicas viven en una especie de malestar agudizado porque se sienten forzados a ser lo que no son y a llevar una vida que no es la suya y que a veces los conduce incluso al suicidio.

Puedo afirmar también que querer evitar cualquier aventura adolescente cuando son adolescentes conduce a menudo a juventudes agobiadas que necesitan liberarse, de golpe, de la que consideran una vida impuesta. He empezado a escribir este capítulo justo tras haber mantenido un diálogo sobre emociones, crisis y futuro con un grupo de jóvenes. Una joven universitaria de éxito me acaba de decir: «Soy feliz, he decidido dejar una parte de los estudios y pensar un poco en mí».

Para prevenir cualquier lectura simplista, también hay que tener presente que la sociedad desigual e injusta afecta de manera singular a la adolescencia. Las condiciones sociales permiten ser o no ser un tipo u otro de adolescente, asumir las limitaciones injustamente impuestas o contestarlas con comportamientos transgresores. En un tiempo dominado por las relaciones entre iguales, las condiciones sociales de vida generan unas u otras relaciones y exclusiones entre adolescentes. Tras haber pasado más de cuatro décadas entre ellos, puedo afirmar que las adolescencias mentalmente sanas son las que se construyen entre adolescentes diversos

(adolescentes que ensayan la adolescencia entre diferentes adolescencias).

Tampoco hay que olvidar que no se nace adolescente y que el largo tiempo de la adolescencia es un tiempo para ajustar cuentas. En algún momento, los comportamientos alterados de muchos de ellos obedecen a la descarga de rabias acumuladas. Es en la adolescencia cuando se preguntan acerca de las experiencias de la infancia (por qué fueron abandonados o se les cuidó poco, por ejemplo), cuando ponen palabras y acciones a las dificultades acumuladas, temporalmente calmadas en los años de madurez infantil. Deberán y deberemos gestionar de manera no destructiva su descarga, ayudando a que se trate de una manera provisional de ser.

El explorador reprimido y los adultos atemorizados

No quisiera adentrarme en un análisis de la salud mental adolescente (o de la salud mental posterior que empieza a condicionarse en la adolescencia) sin hacer un pequeño resumen de dos aspectos que a menudo se relacionan de manera negativa con ella: la adolescencia como tiempo para experimentar, probar y descubrir, y la evolución adolescente del cerebro a partir de sus prácticas. Debo advertir de que ambos aspectos están vinculados. El cerebro adolescente se desarrolla experimentando, no esperando a que madure. A pesar del desconcierto que este resumen te provocará si tienes hijos adolescentes, no entraré a comentar aquí las reglas educativas que se deben aplicar, contenidas en otros libros.

Cuando los adolescentes se adentran en esta etapa de la vida, empiezan las «aventuras», salen de la calma y el orden que mayoritariamente han presidido su infancia y los adultos empezamos a padecer. Desearíamos evitar experimentaciones y

desorden, contar con la garantía de que todo acabará pronto y bien. Sin embargo, hay que aceptar que los adolescentes son tales en la medida que se arriesgan y que no podemos construir campanas de cristal protector a su alrededor. Hay que aceptar con una dosis razonable de tranquilidad que la adolescencia es un tiempo de experimentación y descubrimiento. No se puede pasar (no es bueno para la salud mental) de las seguridades infantiles al conservadurismo adulto sin una adolescencia dedicada a descubrir.

Si has leído libros o artículos míos acerca de los adolescentes encantadoramente insoportables, ya conoces que entre las definiciones más sugestivas de su condición que he encontrado en mi vida profesional siempre destaco la de un chico que se describía a sí mismo como un «explorador reprimido». Creo que es una metáfora que resume de manera excelente buena parte de los principales componentes de lo que para muchos de ellos y ellas supone vivir la adolescencia. Son exploradores activos, descubridores de mundos desconocidos que no esperan a que los adultos les abramos poco a poco la puerta de acceso.

Casi de repente sienten que la realidad que los rodea, ignota y atractiva, cobra interés y posee la seducción de lo desconocido. Sin embargo, se trata de una exploración marcada por la presencia de personajes adultos que se alarman y que tienden a impedir el descubrimiento («Cuidado, no vayas por ahí, de ninguna manera, espera»). Nosotros formamos parte de la prevención y los adolescentes perciben que deseamos conseguir una aceptación pasiva de nuestros consejos, de nuestra experiencia. Somos adultos que desearíamos prepararlos antes de que empiecen a probar y que esperen mucho tiempo para hacerlo. Pero, fácilmente, nuestra pretensión de evitar que la experimentación los trastorne nos lleva a impedírsela y a considerar que la salud mental equivale a orden y calma.

Son y deben ser exploradores (muy variados y con miedos e inmersiones muy diferentes) que, por un lado, descubren que la vida tiene más escenarios que los de su infancia y, por otro, quieren mirar, descubrir más, conocer lo desconocido (el mundo, la vida, todo). Una parte muy significativa del mundo desconocido tiene que ver con su propia realidad interior. Ahora sienten y viven lo que todavía no han sentido ni vivido. Son vivencias y sentimientos desconocidos y desean experimentarlos (no se habían sentido nunca así y tratan de volver a tener esa vivencia, ese nuevo placer).

También les ocurre lo contrario: viven nuevos estados emocionales desconcertantes y no saben cómo gestionarlos, padecen como resultado de un malestar, no de un bienestar. En muchos casos tan solo se trata de descubrir una nueva perspectiva, otra dimensión de la vida a la que hasta ese momento no habían tenido acceso.

En medio de desconocimientos y dudas, tantean y prueban. Siempre es un posicionamiento activo. Aunque sientan angustia, su estado no deja de tener la ventaja de que todavía pueden aprender muchas cosas y consideran que equivocarse no es un problema (no pueden ver los costes asociados que nosotros, preocupados, anticipamos). A pesar de la incertidumbre, creen que pueden aprender «la lección», que su edad aún les permite cometer errores.

No debemos confundir salud mental con equilibrio amorfo. No arriesgarse garantiza más inmersiones totales posteriores en toda clase de peligros con más capacidad de generar desequilibrios o conducir a vidas con altas dosis de conformismo personal y social, mucho más frágiles ante los cambios y las alteraciones de la existencia.

He situado el cerebro en un lugar central de mi explicación sobre la salud mental y por eso he de considerarlo también al hablar de salud mental y adolescencia. Uno de los argumentos más habituales en los debates en que se trata de delimitar lo que pueden hacer los adolescentes y lo que no, suele ser afirmar que su cerebro todavía está en formación, no se ha desarrollado por completo y no debería dañarse. De aquí deriva, rápidamente, la propuesta de que esperen a ser mayores, la pretensión de prohibir todo lo que puede serles perjudicial utilizando el argumento de velar por su futuro neurológico.

A menudo, el argumento presuntamente científico oculta la dificultad educativa, la complejidad de influir educativamente en sus experimentaciones. El ejemplo más obvio es el del alcohol. No es bueno que llegue a sus neuronas en desarrollo, pero pocos de nosotros, ahora adultos sensatos, esperamos a la mayoría de edad para consumirlo. Del mismo modo, poquísimos adolescentes esperan a la mayoría de edad legal. La biología no se traduce directamente en argumento educativo y los ejemplos que ellos observan no parecen reflejar esos daños prematuros en el cerebro.

El argumento neurológico para que esperen puede ser moderadamente útil a condición de que no se formule nunca ni como inmadurez por su parte ni como espera, sino como propuesta para gestionar el propio sistema nervioso, como parte del aprendizaje de la gestión autónoma de la propia vida, empezando por el cuerpo. Siempre he explicado a los adolescentes, y he discutido con ellos, que no se trata de no beber, sino de saber cómo se maltrata esa parte del cuerpo que es la responsable de que nos enamoremos, nos sintamos bien, pensemos y aprendamos. Los adolescentes, como los adultos,

deben aprender a descubrir, gestionar y cuidar el cerebro, una de las piezas más sensibles del cuerpo humano. Siempre inmersos en un mundo que les sugiere otros argumentos, razones, vivencias y necesidades, igual de poderosas o incluso más, que llevan más bien a maltratarlo por sistema.

El cerebro de los adolescentes necesita una proporción de riesgo y experimentación que ellos puedan gestionar. El hecho de que todavía esté en formación (con ritmos diferentes en cada una de sus áreas), significa, por ejemplo, que buena parte de las interconexiones entre neuronas se están desarrollando o que el «cableado», no protegido totalmente, aún es dúctil. Más tarde, cuando sean mayores, todo estará fijado y tendrá menos posibilidades de expandirse y de adaptarse.

Vuelvo a repetir lo de las redes de nuestro cerebro y cómo se construyen a partir de las experiencias de la vida, pero estas dejan poca huella si todo está fijado y cosificado. Cada ciclo vital tiene sus especiales necesidades y oportunidades singulares de desarrollo. En la adolescencia, una parte del ser o no ser también tiene que ver con probar, descubrir, experimentar, arriesgarse y aventurarse en lo desconocido.

Esta construcción de redes a partir del descubrimiento y la experimentación no es una simple cuestión de placer y felicidad. Justo en la adolescencia es cuando se desarrollan gran parte de las estructuras que tienen que ver con la planificación, la reflexión, las decisiones pensadas, la gestión de las emociones y la toma de conciencia de uno mismo. Todas ellas solo se desarrollan tanteando y probando. No solo hay que facilitar que las desarrollen, sino que se ha de tener presente que las están desarrollando y que todavía no las utilizan (no se les puede pedir, por ejemplo, que su comportamiento sea siempre reflexivo).

El cerebro adolescente parece no estar preparado para sumergirse en el apasionante caos de sus vidas, pero al mismo

tiempo es justamente la vida apasionada la que permite moldearlo de manera maleable, creativa, darle la posibilidad de gestionar futuras situaciones complejas. Hacerles esperar para todo no es protegerlos. La consecuencia de limitarlo todo puede ser un empobrecimiento vital e intelectual prematuro que no prepara para cuando aparezcan las contradicciones y las frustraciones de la vida. La tutela y la protección totales, además de inviables, no permiten ayudarlos a construir sus posteriores equilibrios personales de salud mental.

Por descontado, también ocurre lo contrario: la inmersión descontrolada, sin capacidad de gestión, en toda clase de estímulos nuevos e intensos puede estropear algunas estructuras básicas de su sistema nervioso, sobre todo si, por otras razones relacionadas con la salud mental que ya he mencionado, es frágil.

Hace tiempo leí un texto de neurología sobre el desarrollo del cerebro adolescente que podría resumirse más o menos así: «El largo desarrollo del cerebro humano, que prácticamente concluye hacia los veinticinco años, es significativo del ser humano. Parece un contrasentido que los humanos no se vuelvan más sensatos antes, pero si fuéramos más listos de jóvenes seríamos más bobos de mayores».

Sufrir y hacer sufrir

Descubrir de qué depende su salud mental

Si se piensa en cómo ayudar a los jóvenes a que sus turbulencias adolescentes, sus incertidumbres y provisionalidades, no se conviertan en problemas de salud mental, en la adolescencia o cuando la abandonen, hay que preguntarse de qué depende su salud mental. La salud mental o las dificultades para construirla en la adolescencia están asociadas a una lista de aspectos singulares.

Depende, por ejemplo, de cómo gestionan su propia adolescencia (en qué grado es un estado satisfactorio o demasiado dominado por las angustias y las inseguridades). Abandonar la infancia y colocarse en un territorio en que ni los adultos saben cuál es su función requiere aprender a ser persona de una manera diferente (más tarde deberán aprender a abandonarla). Por esta razón les ayudamos a entender lo que les pasa e intentamos que otras miradas, adultas o de los de su misma edad, no conviertan en problema su manera provisional de ser.

Su salud mental también tiene que ver con cómo y dónde depositan (y en cómo expresan) sus malestares y su disconformidad (si, por ejemplo, depositan el malestar en el cuerpo, aparecen los trastornos alimentarios; si, para descargar la rabia acumulada, se saltan las normas probablemente serán etiquetados con alguno de los trastornos de la conducta). Por eso, construir su salud tiene que ver con la disponibilidad o la negación de vías más «sanas» para la expresión y con el

descubrimiento de cómo su conducta afecta a los demás.

Estamos en mayo y reviso el primer borrador del libro. Durante un viaje que realizo para asistir a una conferencia, coincido con una joven amiga que me cuenta las dificultades que tiene desde hace meses con su hija de dieciséis años. La chica ha pasado por una situación en la que destaca un grave trastorno de la alimentación. Coincidimos en que la pandemia ha sido una gran putada para ella. Los meses en los que debería haber salido, abrazar y ser abrazada, vivir experiencias felices y gestionar los malestares de una personalidad y una adolescencia en crisis, vivió el confinamiento y las restricciones. Todo acabó evolucionando hacia vías de expresión complicadas y destructivas. Todo habría podido ser diferente si hubiera podido vivir de otra forma estos dos años clave de su adolescencia.

La salud mental adolescente también tiene que ver con un hecho del que hemos hablado: la reaparición explosiva de historias infantiles difíciles (las crisis adolescentes sacan a flote viejas dificultades). Por eso se trata de que tengan la posibilidad de poder reequilibrar un pasado difícil con formas no destructoras, con comportamientos que vayan contra sí mismos o contra los demás. Hay que ayudarlos a pasar página, a sentir que tienen vidas en positivo, a imaginar un futuro diferente.

Los adolescentes necesitan llegar a conseguir otras herramientas vitales (como, por ejemplo, utilizar el pensamiento reflexivo, que antes resultaba imposible, para poder analizar la vida desde otras perspectivas o evaluar los resultados de las experiencias). Cuando no pueden reflexionar, cuando no poseen la capacidad abstracta que permita hacerlo, aparecen conductas dirigidas a regular las emociones insoportables que sienten y que no pueden gestionar. Por eso trabajamos para que la escuela los ayude a adquirir estas

competencias y los acompañamos en el autoconocimiento, el descubrimiento de sus emociones y la interpretación de sus sentimientos.

Serán una clase u otra de adolescentes en función de las respuestas que reciban de los adultos que los rodean. Su salud mental también dependerá de ellas, de las que reciban o no. A menudo expresan sus malestares de maneras silenciosas (no reciben respuesta y sufren en medio de un silencio que duele) o mediante conductas conflictivas (que clasificamos como problemas). De hecho, su salud mental dependerá de cómo toleramos los problemas que nos crean o de la sensibilidad y la disponibilidad que tengamos para observar sus vidas, para no buscar respuestas en las patologías. Determinadas respuestas solo consiguen fijar al adolescente que pasa por un momento problemático en una identidad problemática.

Ya he apuntado que la salud mental de los adolescentes depende de la posibilidad de que sus experiencias aceleren el desarrollo de hipotéticos trastornos mentales con base más biológica, que quizá sin una vida arriesgada no aparecerían o, en todo caso, lo harían más tarde (por ejemplo, como decía, la aparición de un proceso psicótico no previsto provocado por el consumo de cannabis). Por eso los educamos para que aprendan a gestionar los riesgos y a protegerse de los daños derivados de las conductas peligrosas.

De todas estas variables, y de muchas más, en combinaciones desconocidas, depende que su salud mental se construya en positivo, peligre temporalmente o se complique de manera intensa y duradera.

Viven entre crisis, sufren malestares, a veces algunos se trastornan

El padecimiento psíquico es una cuestión universal común a todas las adolescencias en algún momento de sus descubrimientos y en su práctica de la adolescencia. Todos los adolescentes tienen, en algún momento, momentos de crisis. Casi todos logran superarlas con sus capacidades, relaciones y la seguridad que reciben de su entorno más próximo.

Todo el mundo padece, pero hay que evitar que un estado de alarma permanente nos induzca a buscar sistemáticamente una sintomatología de problemas de salud mental. En el universo adolescente, algunos de ellos pasan temporadas difíciles y los adultos que los rodean se preguntan qué les ocurre. Muchos chicos y chicas pasan, en diferentes momentos evolutivos, por situaciones que los hacen sufrir o los desconciertan (crisis, experiencias no digeridas, adaptaciones difíciles, enfrentamientos y rupturas) en las que necesitan ayuda.

Un grupo importante entra en conflicto no solo con la familia, sino también con la escuela o con las normas que regulan la convivencia social. Las preocupaciones de los adultos se refieren a tres realidades: las tensiones en el hogar, donde no consiguen aclararse; las tensiones en la escuela (u otros recursos o espacios educativos), donde tampoco lo logran; y los silencios adolescentes, de manera explícita u oculta, que esconden padecimientos y vidas que parecen no funcionar adecuadamente. Los adultos, descolocados y poco hábiles en descubrir sus lógicas vitales y sus argumentos adolescentes, tendemos fácilmente a dar por sentado que tienen un problema psíquico que debe ser abordado por psicólogos o psiquiatras.

En todas estas situaciones, más allá del grado de dificultad existente, el problema puede acabar siendo no tanto saber qué les pasa, sino cuándo encontrar ayuda, un recurso, un sistema de atención que pueda servir de apoyo real al adolescente. Los adultos, desesperados, comienzan la búsqueda de soluciones inexistentes y a menudo imposibles. Ellos y ellas suelen meterse

en múltiples situaciones conflictivas y sus padres no pueden más, buscan ayuda, pero los adolescentes no siempre están dispuestos a recibirla, sobre todo si esta se presenta bajo la etiqueta de salud mental A mi parecer, para poder entender toda la secuencia de las diferentes situaciones de padecimiento y dificultad, para poder entender lo que ocurre en las vidas adolescentes complicadas, hemos de hacer un análisis a partir de los malestares (recuerda: vivir una vida en la que estamos encajados con calzador; en el caso del adolescente, vivir a regañadientes dentro de la propia piel). No tiene mucho sentido tratar de averiguar si un sujeto como el adolescente, en continua transformación, está en el territorio de la insania o en el de la salud. Es mejor considerar que se está ante personajes sometidos a malestares de diferentes intensidades.

Sus malestares son el producto de una relación, de una interacción entre dos partes (la escuela y el adolescente, la familia y el adolescente, el grupo y el adolescente) que no están en sintonía. Hablar de malestares adolescentes supone referirse a las dificultades de encaje con uno mismo, a las que surgen de las relaciones entre iguales, a las que se producen por su presencia en unos espacios u otros, a las que derivan de las relaciones con diferentes personas adultas y a las que son consecuencia de sus formas de estar y actuar en sociedad. Por varias razones, suyas y nuestras, hay momentos en que el adolescente no encaja.

Sus malestares, como toda situación humana que genera sufrimiento, se expresan de varias maneras. Cuando el adolescente tiene que satisfacer la necesidad de descubrir otros mundos, si sus sentimientos están dominados por la angustia o por la búsqueda intensa del placer, cuando las conductas arriesgadas pasan a ser el núcleo central de sus actividades, es posible que aparezcan comportamientos destructores que pueden ser la expresión activa de unas adolescencias que no

consiguen encontrar su lugar en el mundo.

Hablamos de una situación dinámica que puede afectar a todos los adolescentes en la medida que viven una etapa de transformación, de construcción, de tránsito por un mundo cambiante cuya sociedad adulta, perpleja, ve reflejadas sus inseguridades en ellos. En esta difícil construcción y estas relaciones tensas, ambas partes padecen (los adolescentes, consigo mismos; los adultos, con las expectativas no cumplidas o con las angustias por el futuro). Son situaciones de malestar intenso que la mayoría acabará gestionando en positivo, a pesar de que dejarán cicatrices significativas en sus vidas.

La adolescencia no es tiempo para despachos de psicólogos

Todavía no hemos llegado al capítulo en el que se tratan los «remedios», las «terapias», pero vuelvo al desamor entre el mundo de los profesionales de la salud mental y los adolescentes. Es la historia de un largo desacuerdo. Los adolescentes consideran que no les pasa nada y «pasan» de psicólogos, psiquiatras y similares, mientras que los adultos enseguida vemos trastornos graves en una conducta desbordada que supera lo que las instituciones pueden tolerar. Interpretamos como patológico que no quieran acudir a la consulta o que, cuando lo hacen, no digan esta boca es mía. Simplificando mucho podríamos decir que la adolescencia no es tiempo de despachos de psicólogos y que los profesionales, perdidos, nos vengamos diagnosticando trastornos graves. Los adolescentes son víctimas de nuestra mirada, que trata de clasificarlos.

Pero ¿qué le ocurre por dentro al grupo de adolescentes que parece complicarse la vida y complicarla a los adultos? El cuadro de las vidas adolescentes muy alteradas, que colocamos

en el territorio de la salud mental, tiene colores y trazos muy diversos. Sienten una profunda irritación con sus vidas. En su balanza de la felicidad de la que continuamente hablamos dominan las experiencias cotidianas insatisfactorias. Su construcción personal está inmersa en el caos mucho más allá del propio caos adolescente. Muchos acumulan una larga frustración escolar, acompañada por una falta significativa de competencias para los nuevos aprendizajes a los que obliga la vida. De manera más agudizada que otros adolescentes, no pueden pensar en el futuro. El posible diseño de su futuro está empobrecido, carece de oportunidades y de componentes para imaginárselo creativamente.

Tienen la sensación de que a los adultos no nos interesa nada de lo que les ocurre y que tampoco tengamos la intención de clasificarlo simplemente como una persona con algún trastorno y no como una persona trastornada. No les traspasamos el mensaje de que pueden recuperar otro estado, otra manera de ser adolescentes, humana, otra manera de ser y de vivir.

Necesitan ayuda para que el relato de su vida empiece a cobrar algún sentido. Solo una mirada global, que tenga en cuenta su condición adolescente, que escuche y trate de descubrir sus malestares, permitirá separar lo que es un sufrimiento intenso, una crisis profunda, de un verdadero trastorno mental (un malestar que descontrola gravemente su mundo, las posibilidades de gestionar su vida sin costes excesivos). Los chicos y chicas adolescentes, como sus adultos, necesitan explicarse, sin simplificaciones, por qué en un momento determinado se les cruzan los cables, se les trastoca todo en la vida.

Vidas que tienen vida

Hacerse mayor y deambular por la eterna juventud

No seguiré escribiendo sobre todas las etapas de la vida. Sin embargo, te propongo que nos detengamos un momento en la juventud.

Cuando poco a poco, y de maneras diferentes, van saliendo de la adolescencia, se adentran en la juventud (que se convertirá en una etapa eterna porque nadie quiere dejar de ser joven) y empieza una larga trayectoria hacia la autonomía. Diríamos que su salud mental depende en ese momento, de manera significativa (entre todas las piezas del puzle que he comentado), de cómo se va desarrollando una larga trayectoria hacia una vida propia. El malestar depende ahora de descubrir que pueden llevar una vida que no está demasiado condicionada, de tener la sensación de que una parte significativa de ella depende de ellos mismos.

A veces, cuando los hijos crecen y empiezan a volar solos, los padres y las madres, a pesar de no estar tranquilos, acaban diciendo: «Parece centrado, lo veo feliz». Los tiempos realmente jóvenes son aquellos en los que se buscan experiencias, tiempos y contextos proveedores de vida, que hacen sentirse seres vivos, que ayudan a encontrarse a uno mismo y un lugar en el mundo. Un lugar provisional pero estabilizador. Los malestares aparecen cuando se acumula una experiencia excesiva de estar fuera de lugar o como adaptación a un espacio vital poco adecuado pero momentáneamente tranquilizador.

Buena parte del trasfondo de las dificultades de salud mental

de los jóvenes puede ser asociado a la cuestión de la identidad. La vivencia adolescente de no encontrarse a gusto en la propia piel se convierte en esta etapa en la vivencia de tener que aclararse y escoger una forma de ser, aceptar las propuestas de otras personas o no, afirmarse como singular o perderse entre la masa, volverse invisible o desear ser visto provocando las miradas de los demás.

En una sociedad cambiante, mestiza e interrelacionada, no se trata de encontrar formas de ser sólidas, únicas, no contaminadas. No se trata de llegar a ser, ser de una única manera y ser así toda la vida. Los jóvenes deben poder practicar y tener múltiples identidades sin que eso provoque la inestabilidad interior. Son simultáneamente muchas cosas y se pueden definir de muchas formas: jóvenes de un determinado estilo, seguidores de un grupo musical o deportivo, estudiantes, partidarios de un ideario político o religioso, etc. El error es querer definirse desde una sola perspectiva, hacer de una presunta identidad única el centro de su dinamismo vital.

En nuestra sociedad permanente en crisis, determinados grupos sociales, políticos y religiosos pretenden sistemáticamente que las personas posean una identidad fuerte y segura que permita sentirse importante y diferenciarse del otro (considerarlo incluso enemigo, si es necesario). Pero eso genera dificultades mentales, afirmaciones ilusorias y felicidades que la realidad pone en crisis y hace entrar en crisis a los jóvenes (o que generan una parte de la vivencia destructora de que les hace sentir que nunca podrán formar parte de una determinada sociedad).

Se trata también de descubrir y aceptar que la identidad irá cambiando. Abandonan —no sin duelo— las felicidades transitorias de la adolescencia y vuelven a cambiar y definir nuevas maneras de ser, sin perder lo que sienten como básico. Pueden sentirse bien si conservan autenticidades y si evitan

convertirse en un adulto acomodaticio que no posee una manera de ser propia.

Si, como he comentado varias veces, una parte significativa de las dificultades de salud mental está asociada a las dificultades para formar parte de algo y a los procesos de exclusión, la identidad sana no puede ser una cuestión de pertenencia o de impedir que otro forme parte. La salud mental no puede remitirse al carnet de identidad o a la posibilidad de formar parte de un grupo selecto. Las etapas jóvenes son las etapas de comprobación real de a qué mundo se puede pertenecer o de la aparición de las actividades para no dejarse contaminar, no aceptar que los demás puedan ser iguales a uno mismo. El mundo loco que hace enloquecer es el que compartimenta las felicidades, las construye impidiendo que todos tengan acceso a ellas.

Pero no hay que olvidar (vuelvo a insistir) las condiciones de vida de la diversidad joven. Buena parte de los jóvenes se construyen en la inestabilidad permanente y la inseguridad se instala en sus vidas, en sus personas, se convierte en una característica intrínseca. Muchas de sus formas de búsqueda del bienestar que a menudo criticamos no son otra cosa que mecanismos para no caer en el malestar inevitable.

Vamos viviendo y nos hacemos mayores

Vuelvo de un paseo matinal por calles y parques antes de ponerme a escribir. Por el camino observo a padres y madres, tranquilos y pacientes, que acompañan a sus hijos al colegio mientras charlan con ellos. También hay otros que lo hacen deprisa, agobiados por todo lo que tendrán que hacer a lo largo del día, condicionando de buena mañana la vida de sus hijos. Paso por el mercadillo de los jueves. Algún joven aprendiz

sonríe mientras prepara la parada y aprende de su padre. Se oyen gritos alegres que invitan a comprar y felicidades matinales de mujeres que disfrutan de unos momentos de tranquilidad mientras hurgan entre la mercancía y piensan cómo les quedaría una prenda o si le serviría a alguno de los miembros de su hogar. Pienso que todas estas personas se han levantado hoy dispuestas a tener una buena vida, a vivir una vida que valga la pena.

A medida que vamos viviendo, la salud mental se relaciona con cómo construimos, mantenemos y recuperamos una vida buena (que no es lo mismo que una buena vida). Pero la definición de vida buena ni es universal ni coincide con una vida sana o ecológica o comprometida o… Es una vida que acabamos viviendo como buena porque nos aporta la dosis mínima de felicidad de la que hemos hablado, en la que las disfunciones que incorpora son tolerables y es la vida que hemos aceptado o descubierto que podemos tener.

No es una simple adaptación conformista. Es una vida que, a partir de las experiencias acumuladas, las posibilidades de presente y de futuro, las lógicas culturales de nuestro grupo más cercano y la gestión de las imposiciones del mercado hemos acabado construyendo como territorio vital suficientemente positivo. Al menos, en cualquier caso, algunas de las partes de lo que hemos de vivir son lo suficientemente apasionantes como para merecer la pena vivirlas. Vivimos con todo lo que hacemos, con todo lo que recibimos, tenemos y que nos rodea, conscientes de que algunos aspectos son cómodos y otros incómodos y otros difíciles. Pero, el balance, el clima dominante de nuestra vida es suficientemente positivo y no nos hace enfermar.

Vuelvo a recordar que somos memoria vital y que en cada momento somos la suma cambiante de lo que hemos sido (las acumulaciones, los cambios, las adaptaciones, las innovaciones

y las estrategias de supervivencia). Reiteradamente, en las diferentes circunstancias de la vida, buscamos nuestro propio equilibrio, nuestra propia calma (o formas externas de conseguirla). De vez en cuando, la situación se tensa y aparece el desasosiego que agujerea la esperanza. En cualquier caso, de un modo u otro, sabemos que nuestra salud mental siempre necesita mantener alguna esperanza.

Convertirse en una persona equilibrada, que hace equilibrios

Ya he comentado que quizá no sea la expresión adecuada, pero cuando se alcanza cierto equilibrio vital (a veces caminando sobre la cuerda floja de la inseguridad), podemos hablar de lo que significa ser «una persona equilibrada». Dicho de otro modo, conseguir y mantener una vida mentalmente sana sin excluir crisis parciales y temporales. De la misma manera que hemos alcanzado cierta estabilidad vital, hemos construido una salud mental razonable, que resistirá las crisis y los dolores de cada ciclo de la vida, teniendo siempre presente que este «equilibrio» no equivale a llevar una vida carente de experiencias extremas enriquecedoras o de desequilibrios producidos por felicidades no estandarizadas.

Profundizaré más en las próximas reflexiones, pero avanzaré un resumen. El equilibrio mental está asociado, ante todo, con la adquisición de un conocimiento básico de nosotros mismos. Significa conocerse y, al mismo tiempo, tener una pequeña dosis permanente de necesidad de ser de otra manera. Hemos de conseguir no aburrirnos de nosotros mismos, sin estar permanentemente deseando lo que no somos ni podemos llegar a ser.

Equilibrio significa haber aprendido a gestionar las emociones, modelar los sentimientos, buscar y dar afectos. La

salud mental no es nunca un estado que elimina las emociones para evitar padecimientos.

Equilibrio no significa envejecer la existencia, sentir y pensar que antes todo era mejor. En una sociedad que cambia aceleradamente, mantener la salud mental comporta no perder las ganas de seguir descubriendo la vida. Descubrir vida cada día de la vida (si nos lo permiten y no nos obligan a llevar una vida miserable).

Puesto que pretender llenar sistemáticamente el depósito de felicidad choca demasiado a menudo con el principio de realidad, equilibrio también significa tener habilidades para abordar negaciones y frustraciones, para contrastar los deseos con la realidad.

No se trata de vivir sin malestares, sino de poder dilucidar las razones, los motivos, los detonantes de los malestares que van y vienen. Necesitamos mantener algún poder de gestión sobre todo lo que nos pasa y nos hace padecer.

El equilibrio no debe asociarse con evitar complicarse la vida, con querer obviar por qué ocurren las cosas. Se mantienen, se conservan las ganas de saber más y de continuar encontrando explicaciones a la vida.

Vivir dependiendo excesivamente de un futuro que nunca llega no es equilibrado. El equilibrio también comporta no dejar de hacer proyectos (con las particulares dosis de realismo y de ilusión).

El equilibrio nunca es una cuestión individual. Es una condición vital que depende de los otros. Las otras personas deben ocupar un lugar en nuestra manera de ser y de vivir.

Conforme la vida avanza, conseguimos y mantenemos un equilibrio mental si tenemos un conjunto de ideas, sentimientos, experiencias y vivencias que producen una moderada y realista satisfacción con lo que somos y con la vida que llevamos.

IV

Construir la salud mental

Aún no he llegado a los remedios, las ayudas, las «terapias». Lo dejo para el final. Ahora debemos pensar un poco en nosotros mismos, en las personas concretas, en lo que es personal, aquello que hay que conseguir ser o preservar. La lectura te llevará a pensar, por un rato, en algunos de los contenidos del equilibrio, de la serenidad, la felicidad, el placer, la gestión de la propia mente. De momento, reflexionemos sobre todo lo que habría que hacer (no en el cómo) para construir y reconstruir nuestra salud mental.

Aprender a vivir una vida buena

Sobrevivir y poder ocuparse de la propia vida

Tengo la sensación permanente de que cuando escribo sobre algunos aspectos concretos, induzco al lector a olvidarse de otros igualmente importantes a los que no puedo referirme constantemente. Lo puntualizo porque ahora hablaré de la persona, de cada uno de nosotros y no de las condiciones de vida que determinan cómo nos vivimos y qué podemos vivir. Haciendo arqueología en mi biblioteca encontré un libro, de 1974, cuyo título es *Psicoterapia del oprimido*; cuando lo veo entre mis fichas de lectura es como si se encendiera un semáforo rojo que me avisa de que no me olvide de las desigualdades, las condiciones sociales, la diversidad, etc.

A pesar de que no lo olvido, ahora debo hablar de cómo gestionar la vida, del mundo interior, de las fuentes de los placeres, de la presencia de las demás personas, de la gestión del pasado que hemos vivido. Dándole vueltas a cómo no desvincular un mundo del otro (no hacer sociología olvidándome de la persona y no ver a la persona como sujeto sin contexto), he recordado los tiempos (la década de los noventa) en los que trabajaba ayudando a poner en marcha, en diferentes lugares de España, los primeros programas de implantación de las rentas mínimas de inserción (RMI), que hoy en día retomaríamos alrededor de conceptos como la renta básica y el ingreso mínimo vital.

En aquella época defendíamos la teoría del doble derecho: el derecho de las personas a recibir una prestación económica y el

derecho, si lo deseaban, al apoyo profesional que los ayudara a reconstruir un nuevo itinerario vital, a volver a tomar las riendas de su vida. Derecho a vivir y derecho a contar con apoyos personalizados para reconstruir activamente su vida. Lo recalco porque se tiende a olvidar que las personas trituradas por las crisis sociales también tienen derecho a tener una vida propia y a poder reconstruirla. Tienen derecho a disponer de recursos económicos y a tener palabra.

En algunos de estos programas nos ocupábamos especialmente de las mujeres solas, con niños a su cargo, abandonadas y sin trabajo. Entre las varias ayudas estaba la de poder dedicar tiempo a sí mismas, tener tiempo para pensar y reflexionar, tiempo para calmar su vida. Hasta aquel momento habían sido la mujer de alguien, la madre de alguien, se sentían y vivían pensando en sus hijos, en cómo evitarles padecimientos, en cómo darles lo necesario. Muchas de ellas arrastraban una especie de estado depresivo permanente. Todo empezaba a cambiar cuando sus hijos estaban cerca, pero bien cuidados por otras personas; la urgencia por sobrevivir se calmaba y podíamos decirles: «Tú vales, tú puedes ser competente, debes pensar en ti». Y podías permanecer a su lado para ayudarlas a conseguirlo.

La desigualdad, sobre todo en las mujeres, priva en primer lugar de la propia subjetividad y las convierte en esclavas de otras obligaciones. Ayudar a construir la propia felicidad también es un derecho de justicia social. Por eso, todo lo que escribiré de ahora en adelante a propósito de la persona tiene que ver (de manera diversa) con todas las clases sociales. No poder ocuparse de la propia persona es añadir injusticia. Sin olvidar que las condiciones sociales del otro extremo (las de los que tienen de todo) también obligan a recordar que algunas personas nunca mejorarán su salud mental si no dejan de pensar exclusivamente en sí mismas.

Construir la salud mental, preservarla y recuperarla comporta, en primer lugar, saber gestionar la vida. Comoquiera que sea, se necesitan competencias existenciales, saberes de la vida (capacidades, explicaciones, vivencias, posos derivados de la experiencia, mecanismos emocionales o racionales) para poner algún orden y darle algún sentido. Vivimos en un mundo en el que sabemos de todo menos de la vida. Nunca nos dedicamos a aprender a vivir. Y, para llenar el vacío, acabamos utilizando algún manual de recetas de vida en lugar de tratar de descubrir cómo aplicar los saberes de la vida a vivir sanamente.

La división de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 1993 una iniciativa internacional para impulsar la educación en habilidades para la vida. Aunque fue concebida para las escuelas, sirve para repasar los déficits de los adultos y establecer las competencias que deberían alcanzar los niños y los adolescentes. A lo largo de tres décadas, la iniciativa ha sido muy utilizada y forma parte del conjunto de bagajes que permiten ayudar a construir de manera rigurosa una salud mental positiva.

Las diez habilidades (competencias) que proponen adquirir y mantener tienen que ver con habilidades emocionales, sociales, de conocimiento y saber. Directa o indirectamente, me referiré a todas ellas.

Si, como he comentado, una parte significativa del deterioro de la salud mental está asociada con acontecimientos imprevistos (la caída de la roca en medio del lago) o con la pérdida de la seguridad (crisis y pandemias de todas clases), las competencias y habilidades que se necesitan tienen que ver con la manera de gestionar las situaciones de dolor vital y las circunstancias que generan dolor y estrés. Hablaré más adelante de las gestiones compartidas y del apoyo de la

comunidad, pero ahora he de subrayar la necesidad de ser competente, de dominar un manual de instrucciones emocionales que permita gestionar los malestares. Muchas veces el alcance de un acontecimiento, la posibilidad de que un cambio o una pérdida alteren gravemente la salud mental, dependerá de haber construido la capacidad para gestionarlo o de encontrar la ayuda que permita adquirir las competencias para hacerlo.

Nuestra salud mental depende de encontrar la manera de entender los cambios constantes que se producen y saber que no siempre son amenazas. Se necesitan capacidades y habilidades para la adaptación permanente. Y eso comporta no estar viviendo en la inseguridad permanente, sino aprender a transitar entre seguridades provisionales, sentirse seguro a pesar del movimiento y descubrir nuevas seguridades en las nuevas realidades.

Las jóvenes generaciones son las generaciones del aprendizaje permanente y deben poseer habilidades de adaptación constante y segura. Su salud mental no dependerá de poder echar raíces y sentirse seguros para siempre, sino de poder fondear en puertos vitales seguros; no puede depender de mantener vidas arraigadas en la tradición, en el «siempre hemos vivido así».

Vivir cuando el dolor de la vida se hace insoportable

Puesto que vivimos en sociedades con gran capacidad de generar catástrofes vitales, sobre todo para algunos grupos de personas, no siempre se logra gestionarlo todo, y, como comentaré en el último capítulo, para mejorar la existencia de las personas habrá que buscar la manera de reducir el impacto o de compensar los efectos que desequilibran. No hay que

olvidar que existe un nivel de dolor vital tolerable que cuando se supera y ocupa toda la vida empuja a hacer lo que sea con tal de no sufrir.

Saber vivir no sirve para todas las situaciones y muchas veces se buscan felicidades momentáneas que comprometen el futuro a largo plazo, un futuro que se desconoce, pero que se pone en peligro para dejar de sufrir durante un rato, lo cual no significa que estemos obligados a vivir de cualquier manera para no poner en peligro un futuro hipotético. Con frecuencia tenemos conocimiento de vidas alcoholizadas, vidas que gestionan padecimientos o desconciertos viviendo entre las calmas temporales que proporciona ir de copa en copa. De momento, parece que la persona no ve otra manera de encontrarse bien.

Competencias y habilidades afectivas tampoco dan tanto de sí como para conquistar «vidas maravillosas» que responden a patrones de mercado o a propuestas voluntaristas de autoconstrucción. La salud mental se altera cuando nos dejamos convencer por sugerencias del tipo «si quieres, puedes». A pesar de que están de moda, son propuestas autodestructivas. Una cosa es querer empuñar las riendas de la propia salud mental, no dejarse la capacidad de mandar sobre la propia manera de vivir la salud y, otra, creer en una especie de autodeterminismo mental derivado de algún paquete psicológico existencial envuelto en marketing. La salud mental no depende solo de ser más o menos habilidoso para gestionar subjetivamente las emociones.

Las competencias para gestionar la vida también dependen también de las ideas dominantes sobre la vida buena a las que me he referido y de las que no siempre se tiene conciencia. El impacto de los desórdenes, las crisis o los acontecimientos traumáticos tiene que ver con la manera de pensar la vida de una determinada sociedad y con cómo se la imagina cada

persona (la ansiedad también es el resultado de querer que los días duren más para ser feliz rindiendo más). No hay que olvidar que sanamos o enfermamos en una cultura que, a veces, es la misma cultura la que nos hace enfermar.

A lo largo de los años en los que he dado clases en la universidad sobre cultura y diversidad, he descrito la cultura como una lógica vital. La cultura es la manera en que una persona asimila, comprende e interpreta la realidad que rodea su existencia; la manera de disfrutar, de sufrir, de sentirse vivo, de hallar un sentido a la propia persona y a la propia vida. La cultura es, por último, un contexto de significados. De los aglomerados culturales, mestizos y cambiantes surgen los criterios, las razones que explican el porqué de los acontecimientos, las acciones y las conductas de la vida de cada persona.

La vida se nos trastorna cuando no se halla explicación, interpretación, posibilidad de dar sentido a lo que nos sucede, a lo que nos toca vivir. Igualmente, cuando las explicaciones para dar sentido a una nueva realidad ya no sirven, cuando la lógica cultural de nuestra vida se ha quedado obsoleta o en su catálogo de respuestas no estaba previsto el nuevo problema y cuando nos quedamos sin el techo protector con el que hasta ese momento construíamos el sentido. Esta pérdida se agudiza cuando la sociedad cambia más rápidamente que nuestra capacidad de construir explicaciones y encontrar sentidos. Padecemos cuando debemos vivir en un mundo desconocido para el cual todavía no hemos construido explicaciones (cultura).

Creer en el destino o pensar que un dios escribe recto entre líneas torcidas puede servir de calmante interpretativo provisional, pero, en algún momento, el deseo de vivir activa y libremente destruirá la calma ficticia de las creencias. No gestionamos una vida escrita, sino la propia vida, construida a

medida que se vive, y los impactos siempre nos obligarán a buscar el sentido (o, al menos, la lógica) de la propia vida. Como comentaré más adelante, necesitaremos poder pensarla, aunque solo sea para poner orden en los sentimientos y los valores que la cultura le atribuye.

Tampoco se puede vivir sin querer gestionar la vida. Volviendo a la pieza del puzle explicativo de la salud mental a la que llamaba «razones para vivir», una vida vacía es una vida insana, llena de objetos pero a la deriva.

Aclararse entre emociones.
Volver a descubrir la felicidad

El analfabetismo sentimental

Para poder gestionar la propia salud mental necesitamos descubrir, conocer y saber manejar las emociones y construir los sentimientos. También aprender a gestionar las tensiones. Del mismo modo, debemos aprender a descubrir los sentimientos de las otras personas y aprender a ubicarnos en su mundo.

En nuestra sociedad hay diferentes clases de analfabetismo. Antaño el analfabetismo era no saber leer y escribir. Más tarde se incorporó el uso funcional de la lengua y la comprensión de las situaciones que describe. En los últimos años, se han incorporado nuevas alfabetizaciones imprescindibles, que van de la digital al descubrimiento de los lenguajes tecnológicos, sin cuya comprensión no es posible funcionar activamente en nuestra sociedad.

Además, y a pesar de que se haya olvidado, ser persona y ciudadano también comporta estar alfabetizado en otra gran área de lenguajes: saber leer las emociones, dar sentido a los sentimientos, aprender a moverse entre ellos, encontrar alguna lógica relacional a lo que sucede, etc. Vivimos entre acontecimientos emocionales, afectivos y convivenciales, que deben ser vividos con alguna clase de comprensión afectiva. Leí hace tiempo (no recuerdo dónde) que las personas decidimos con el corazón (emociones) y justificamos con la cabeza (razonamientos). Necesitamos saber pensar (saber qué

pensamos) y necesitamos sentir y tomar conciencia de lo que sentimos.

He mezclado las palabras «emoción» y «sentimiento» adrede, utilizándolas según mi lógica (nada universal). Encontrareis en las enciclopedias diferentes versiones que yo utilizo sin ninguna distinción. Emociones son las vivencias intensas generadas casi automáticamente por el cuerpo, ordenadas por el cerebro. Un ejemplo básico es el miedo, una reacción emotiva que provoca acciones de protección (huir, por ejemplo). Otro, puede ser el deseo, la atracción casi mecánica que se siente en proximidad de ciertas personas. También existe su contrario: la agresividad hacia otro que se percibe como fuente de peligro. No haré una lista. En cualquier caso, el cerebro también tiene mecanismos neurológicos para gestionar las emociones que provoca (no vale, por ejemplo, decir que somos inevitablemente violentos por instinto).

A pesar de este intento de descripción, pocas cosas del ser humano son ya un producto original de fábrica. El terror puede ser instintivo, pero el objeto o la persona que lo provocan están construidos culturalmente. La agresividad puede ser un dinamismo biológico, pero su estimulación es un valor social. Muchas veces asociamos emociones con instintos sin control, pero todos los instintos han sido culturizados con el proceso evolutivo de los seres humanos. También quiero poner de relieve, una vez más, que somos cerebros con memoria y que las emociones son reacciones a partir de experiencias emocionales acumuladas.

La salud mental que construimos o perdemos tiene que ver con el descontrol de las emociones. Aparecen con una intensidad que nos desborda o son desproporcionadamente intensas por culpa de la memoria de una mala experiencia anterior o provocan un caos que bloquea nuestra vida cotidiana o, al no soportarlas, las descargamos de una manera y otra

contra un «objeto» socialmente inaceptable.

Enloquecemos cuando el instinto nos domina, si lo percibimos como fuera de control, si no hemos interiorizado los mecanismos neurológicos y culturales para gestionar las emociones. Vivir es aprender a descubrir deseos y frustraciones, a identificarlos, a saber cómo mantenerlos bajo control, haber aprendido por qué todo deseo debe considerar el deseo del otro. La educación de los niños (que a menudo no se lleva a cabo) requiere que aprendan a descubrir y regular diferentes estados emocionales, que van del miedo a la ira pasando por la modulación de los sentimientos (alegría, tristeza, etc.).

Los sentimientos son emociones matizadas e interpretadas culturalmente. José Luis Bimbela (un buen amigo que acaba de escribir el libro *Vosotros no tenéis la culpa*, que trata el tema del suicidio), propone una lista de 153 emociones o sentimientos (él no los diferencia) para hacer gimnasia emocional. Pondré un ejemplo de sentimiento por cada letra del abecedario (no todas lo tienen): alegría, bondad, confusión, desencanto, euforia, frustración, gratitud, humillación, ilusión, lástima, motivación, nostalgia, odio, paz, resignación, serenidad, timidez, vanidad… La riqueza de nuestro mundo sentimental es enorme.

Aún podemos introducir una expresión más: los afectos. Los podríamos definir como sentimientos y emociones que adquieren sentido en relación con otra persona.

Todas las angustias tienen adjetivos

No, no dedicaré ahora unas cuantas páginas a alimentar la invasión de sobreactuación emocional (de «afectivismo» universal) en que vivimos. Hemos pasado de menospreciar la dimensión sentimental y afectiva a querer vivir en un paraíso

de emociones en que aparentemente todos los problemas derivan de ellas.

No todo son emociones y carece de sentido hablar de ellas si no se tiene la intención de ponerlas en orden. Necesitamos aprender a gestionar las emociones y a construir los sentimientos. La educación emocional, sentimental y afectiva forma un conjunto significativo de aprendizajes (experiencias, vivencias, construcciones compartidas, reflexiones afectivas) que humanizan y permiten modular una parte importante de las dimensiones de la salud mental.

La salud mental también tiene que ver con enriquecer nuestro universo emocional y sentimental. Entre la situación patológica de quien no es capaz de sentir nada (o se niega a reconocer que tiene sentimientos) y la avalancha descontrolada que arrolla a la persona inmersa en un caos de emociones desconocidas, está la actitud de quien se para a «pensar», identificar, averiguar lo que siente o que le gustaría sentir y ahora no siente.

Los dolores de la vida están llenos de emociones (la desesperación por una pérdida), de sentimientos (preocupaciones por un futuro que no se adivina prometedor) y de afectos (desear a alguien y no ser correspondido). Para poder gestionar una angustia, hay que ponerle algunos adjetivos. La gestión del malestar que la provoca comporta poder describir el color de la tristeza, la preocupación de sentirse perdido, el miedo a sentir el dolor interior, la dificultad para imaginarse a uno mismo volviendo a ser feliz.

Es cuestión de poder gestionar las inmersiones entre sentimientos y afectos, múltiples, diversos, conocidos y desconocidos. Se trata de poder enriquecer, diferenciar, matizar, aprender a gozar de las experiencias emocionales y a controlar o equilibrar las que generan dolor. Cuando la vida funciona a pesar de las dificultades es cuando hemos de saber

dominar la gestión emocional, de manera que cuando, por algún motivo el equilibrio se altere, podamos aplicarlo. Si nunca dedicamos tiempo a descubrir matizadamente cómo nos sentimos, más tarde será complicado ordenar los sentimientos que empapan una crisis de salud mental.

Estar bien, sentirse bien, ser feliz

Quisiera dedicar unas líneas en la descripción de este mundo de sentimientos a la felicidad, que es una mezcla indescriptible de una multiplicidad de emociones, sentimientos y afectos. Si una de las piezas explicativas del puzle de la salud mental era el balance periódico y positivo de la felicidad y algunas de las felicidades impuestas también pueden ser fuente de malestares, quizá debería describirla, definir algunos de sus contenidos (sin olvidar que aquí también aparecen adjetivos o sustantivos como alegría, satisfacción, placer, etc.). No es casual que en el subtítulo del libro recoja la frase «recuperar la felicidad».

La felicidad debe ser consciente. Uno debe darse cuenta de que es feliz, es decir, debe ser consciente de cómo se siente, de lo que está viviendo y experimentando. ¿De qué sirve buscar un placer si cuando lo alcanzamos no somos capaces de reaccionar, estamos en otro mundo? Buscar la felicidad sin más, cualquier felicidad, no siempre nos hace felices. Las emociones y los sentimientos nos desbordan si no tenemos conciencia de lo que sentimos.

La felicidad, como los demás sentimientos, debe tener matices. Del mismo modo que no todas las felicidades ni todos los momentos son iguales, también es importante poder afinar, aprender los diferentes sentimientos que componen la experiencia feliz, descubrir las nuevas sensaciones, los gozos desconocidos. Algunas dificultades de salud mental no derivan

de la ausencia de felicidad, sino de que esta sea monotemática y que, cuando desaparece, la persona ya no sabe cómo volver a ser feliz.

Necesitamos descubrir qué produce el bienestar, qué hace que nos sintamos bien, felices. Gestionar los malestares supone poder describir los bienestares, indagar en nuestro interior en busca de los componentes de la situación feliz. Si pensamos, por ejemplo, en el uso de drogas, hay quien se coloca sin saber por qué lo hace y quien considera afrodisíaco un producto que solo provoca dolor de cabeza. Vivimos en una sociedad, repito, en la que ser feliz es obligatorio, donde se venden felicidades que no lo son y se ofrecen productos y soluciones mágicos (teniendo en cuenta que la inseguridad hace que seamos proclives a creérnoslo todo). La salud mental también es no aceptar que se nos diga de qué manera debemos ser felices. La manera como cada uno sentimos, cómo experimentamos el placer y la felicidad nos hace ser personas singulares.

Nuestras sociedades son estructuralmente adolescentes. Yo entiendo perfectamente (es mi trabajo) la necesidad urgente adolescente de descubrir la felicidad necesaria, pero en una sociedad adulta no debería ser igual. La felicidad, las experiencias de felicidad, tienen sus momentos, deben llegar oportunamente y debemos saber alimentarnos de ellas cuando se producen.

Si la salud mental es también la gestión de una historia vital de descubrimientos, experiencias y adaptaciones, cada persona recorre su camino a su ritmo y con sus experiencias. La insania aparece cuando aceleramos y el afán transforma la felicidad en angustia, o cuando, de tanto esperar y carecer de experiencias de felicidad, concluimos que esta no forma parte de nuestra vida y dejamos de buscarla.

Descubrir progresivamente y experimentar aprendiendo siempre es mejor que lanzarse de cabeza porque lo hacen los

demás. No, no hablo de pausa y espera ni de felicidad ordenada. Llega cuando llega, necesitamos desearla y buscarla para sentirnos vivos y siempre será una especie de cóctel que probar que vale la pena tener al alcance de la mano.

La felicidad está hecha de muchas pequeñas felicidades. No parece muy lógico que haya gente que solo sepa divertirse de una sola manera. Hay adultos que solo son felices mirando la tele y jóvenes que solo conciben la felicidad dentro de una discoteca. A veces hay que preguntarse en qué se quiere gastar el tiempo de la vida. La felicidad también está hecha de elecciones, de elegir unas felicidades u otras.

La felicidad no se construye en aislamiento permanente porque frecuentemente tiene que ver con otras felicidades. Casi siempre es uno de esos sentimientos que he denominado afectos, sentimientos interrelacionados. Somos felices haciendo felices a los demás, y los demás generan nuestra felicidad, aunque solo sea compartiéndola. No se puede ser feliz causando infelicidad a otro o disfrutando de su infelicidad. Cuando esto ocurre estamos ante los trastornos por deshumanización. Amargarle la vida a otra persona no debería endulzar la vida de nadie. Una parte de las dificultades de salud mental de la sociedad deriva de no aceptar que todo el mundo tiene derecho a ser feliz o de ser indiferentes a la infelicidad de los demás.

La felicidad suele ser compartida. También tiene que ver con la amistad. No es algo que uno haga solo. Como algunos verbos, solo tiene sentido si se conjuga en plural. Cuando queremos, queremos a alguien (el narcisismo patológico consiste en mirarse y quererse a uno mismo). A veces estamos bien (debemos estar bien) solos. Volveré sobre el tema, pero casi siempre estamos bien con alguien.

Hablaré de los placeres y de las fuentes de la felicidad, pero permíteme recordar que la felicidad activa es también el

resultado de algunos cálculos. En algún momento hay que detenerse a pensar si compensa. Hay muchos placeres y felicidades y muchas maneras de obtenerlos, pero todos suelen tener sus costes además de beneficios. Por eso gestionar la felicidad saludablemente también es llevar la contabilidad de los placeres, considerar las insatisfacciones, valorar qué perdemos y qué ganamos. En cada momento de la vida podemos gestionar unas u otras felicidades.

No hay que olvidar, además, que el proceso de llegar a la felicidad es ya la felicidad. Planificar un viaje es empezar a ser feliz. Creo que fue Eduard Punset el que dijo que «la felicidad está en la sala de espera de la felicidad». Disfrutamos viéndola llegar en vez de ponernos ansiosos porque tarda en llegar.

Relatos de interior, en la inseguridad de no saber quiénes somos

El relato de este libro sigue su trayectoria. Las líneas de este capítulo se escriben en el mes de abril de 2022. Mientras las mascarillas desaparecen, se impone el discurso de que, después de la pandemia de la COVID, sufrimos una pandemia de salud mental. Un periódico que me pide una colaboración, publica un dossier interactivo con un grupo de adolescentes y jóvenes que cuentan cómo fue su vida durante la pandemia, qué les queda de la experiencia. De sus respuestas sale a la luz una dimensión que los adultos, proclives a medicalizarlo todo, solemos olvidar: el mundo personal, el mundo interior.

«Tuve tiempo para pensar, para definir cómo era yo. Creo que el confinamiento trajo a mi vida cosas positivas: aprendí a estar sola, a conocerme, a conocer mis gustos… Al no estar en contacto con nadie, no sentía la presión de tener un aspecto agradable para gustarle a la gente. Podía vestirme como quería y pensar en las cosas que me gustan y las que no y con qué

clase de gente quería compartir mi vida».

«Aprendí a ser yo mismo. Ahora soy más atento con las personas, soy más cariñoso porque me conocí mejor y porque un año y medio sin ver a mucha gente deja huella».

«Me he dado cuenta de lo que me gusta y de lo que no, de quién soy».

«Ahora pienso más en mí y me protejo. Antes siempre ponía por delante a los demás, ahora no».

Un descubrimiento y una preocupación joven para una dimensión humana habitualmente aparcada, pero que es esencial para construir la salud mental: el mundo interior que nos conduce de nuevo a su difícil descripción. De una manera u otra, la salud mental tiene que ver con dimensiones intrapersonales, con todo lo que vivimos, sentimos y experimentamos en nuestro interior. Tenemos un mundo real, no físico, que es el mundo interior, que define buen parte de lo que consideramos que somos y explica aquello de lo que disfrutamos y con lo que padecemos. No podemos vivir solo vidas de exterior y nuestra cultura de la vida también ha de tener relatos de interior.

Estos jóvenes, obligados a disponer de tiempo para pensar en sí mismos, nos descubren que cuando la vida se altera nos volvemos frágiles, entre otras razones, porque no tenemos ni la pequeña seguridad de saber quiénes somos. Si pensar en uno mismo hubiese sido una tarea habitual nos habría proporcionado algo de tranquilidad. Para poder saber qué nos pasa siempre necesitamos saber algo de nuestra vida interior. Quizá es la diferencia que hay entre ir viviendo como seres durmientes o como seres que tienen suficiente conciencia de la propia vida.

Tratar de aplicar el modelo de enfermedad infecciosa o de causalidad física, del que hablaba en los primeros capítulos, a los nuevos y viejos malestares es un mecanismo para no

sentirnos obligados a aclarar lo que realmente nos ocurre por dentro, descubrir qué altera los equilibrios o los desequilibrios más íntimos. Cuando la vida tiembla es cuando descubrimos la ignorancia de nosotros mismos. Pero, si consideramos que la enfermedad mental es algo ajeno, empieza la alienación que nos despersonalizará.

Cuando relacionaba cerebro y mente comenté que hablar de los procesos psíquicos no era hablar del alma, pero que eso no suponía negar la dimensión «espiritual» (o, si prefieres, la dimensión profunda) del ser humano. Atrapados, decía, en la posibilidad, en la necesidad, de pensar en nosotros mismos, debemos hacerlo con nuestro propio cerebro (pensar en uno mismo con los mecanismos que el propio cerebro construye para poder sentirnos a nosotros mismos). Pero entre la necesidad de descubrirnos inmersos en una infinidad de sentimientos y la obligación de reflexionar y pensar sobre nuestra existencia, está la constatación inevitable de todo lo que sentimos y pensamos que somos por dentro (nuestro «yo» interior).

La salud mental también está relacionada con disponer de tiempos y espacios vitales para la soledad, para estar a solas con nosotros mismos (como decía el joven descubridor de su yo: no somos solo lo que los demás dicen que somos). Ya he descrito buena parte del cóctel de «pensar» en uno mismo al sugerir que descubramos los matices de las emociones y los sentimientos. Otro aspecto es descubrir cómo se va modelando (cómo vamos modelando) lo que creemos ser, nuestra manera de ser, todo lo que vivimos y que hace que nos sintamos nosotros mismos. Construir y conservar la salud mental es poder analizar y ordenar el caos mental que genera la vida. Necesitamos tomar conciencia de nosotros mismos y ampliar el conocimiento de lo que somos.

También significa pensar (darle vueltas con la razón y los

afectos) qué deseamos ser. A la pregunta de para qué vivimos debemos añadir un anexo: «¿para qué vivo yo?» (ya he afirmado que no se trata de razones, sino de motivos). En cualquier situación de malestar, trastornada o no, siempre surge la necesidad de aclararnos con nosotros mismos y de ensayar salidas en las que siempre estará presente la exigencia de sentirnos mejor y ser mejor persona. Tampoco podemos negarnos imaginar otras posibilidades de ser y las posibilidades realistas de conseguirlo.

A veces la dificultad mental aparece cuando las privaciones niegan la posibilidad de un futuro diferente e impiden que la persona piense en sí misma como diferente, como sujeto que se construye y no como sujeto construido por los demás. Deseamos, en ese caso, ser diferentes pero el cambio se percibe como imposible.

Los mismos jóvenes que acabo de mencionar respondían así a las preguntas sobre el futuro: «No veo futuro. Prefiero concentrarme en el presente»; «Tenía muchos planes y el confinamiento los frustró todos. No quiero hacerme ilusiones, si ni siquiera sé dónde estaré»; «Soy pesimista, me planteo el futuro a corto plazo».

Somos seres en construcción, destrucción y reconstrucción permanente y eso comporta tener un imaginario, posibilidades de estabilidad y posibilidades de cambio. La salud mental conlleva una imagen de nosotros mismos suficientemente satisfactoria y cultivar algún deseo factible de ser (sentirse) diferente en algo.

Aun así, a pesar de que pensar, pensar en uno mismo, es necesario, todo tiene un límite. El exceso puede derivar en egocentrismo o en una vida demasiado cerrada, racionalizada, pensada, que no deja espacio a la incerteza creativa y renovadora. El confinamiento también causó en algunos adolescentes vivencias de esta clase. «Desde la pandemia pienso

demasiado y le doy vueltas a todo. Me cuesta no pensar en nada». «Me sentía muy sola. Pensaba mucho y me fui hundiendo».

Enfermar entre placeres

Sexo, placer y amor libre

Te propongo que nos paremos a pensar un momento en la secuencia deseo, placer y felicidad asociados a la sexualidad. La salud mental también depende de cómo se construye (se vive, se experimenta, se piensa) una sexualidad sana, humanizadora y feliz. La vida también es placer y debe contar con placeres diferentes que generan otras tantas felicidades. Una pieza importante de este universo está definida por la sexualidad. No obstante, hay que recordar una vez más que obsesionarse con la felicidad permanente o vivir exclusivamente para el placer también es una garantía de vida insana.

Escribo el primer borrador de este capítulo un viernes santo. Para quienes no han sido educados en la vieja religión católica, es un día de dolor por la muerte de su fundador (Jesucristo) en el que está prohibida la búsqueda del placer, sobre todo el relacionado con la «carne». El placer, especialmente los placeres relacionados con la sexualidad, siempre ha estado en el punto de mira de todas las religiones y ha formado parte de las regulaciones que todos los poderes quieren hacer sobre la vida cotidiana de las personas.

Las religiones definen los placeres aceptables y condenan a algún infierno al que busca los prohibidos. Prometen un cielo lleno de placeres a quienes resisten la tentación de pasárselo bien en la tierra. Los poderes sociales tratan de acotar los placeres permitidos para evitar el desorden que comportaría una sociedad de placeres libres, desenfrenados. Por eso, cuando

la religión católica aún contaba con un peso social significativo, las personas proclives a la juerga deseaban ir al infierno porque allí debía ir a parar la gente más divertida. Este es el motivo por el cual durante las revoluciones y las contestaciones sociales contra la sociedad conservadora uno de los eslóganes fue «Amor libre».

Buena parte de las teorías sobre la salud mental más innovadoras del siglo XX tuvieron que ver con el estudio de la represión sexual ejercida sobre las personas o que las personas imbuidas por la cultura dominante ejercían sobre sí mismas y que se expresaban más tarde en alguna especie de malestar o trastorno (a pesar de la simplificación, basta con pensar en alguna de las series de éxito sobre la Viena de principios del siglo pasado y los tratamientos aplicados a las mujeres «histéricas» a partir del descubrimiento del propio placer sexual). Todavía hoy en día, una parte importante de las teorías explicativas de las enfermedades mentales considera que detrás de un problema mental hay una serie de elementos relacionados con una antigua mala gestión personal de la sexualidad.

También podemos reflexionar sobre el predominio actual de una situación casi opuesta: el pansexualismo o la sexualidad como bien de mercado que define de manera absoluta una vida feliz. Toda clase de sexualidad convertida en un bien irrenunciable o la práctica sexual como elemento primordial y único de una vida presuntamente feliz.

Días atrás coincidí con un antiguo conocido que ha superado la barrera de los cincuenta. Por lo que sé, buena parte de su vida ha girado alrededor de sentirse una especie de icono sexual, con parejas temporales de mundo del motor y de las fiestas de ese ambiente. La última que tuvo lo dejó, fundamentalmente porque era más joven y tenía a su alcance otros hombres más atractivos y más cercanos a su edad. Él se

sentía menopáusico y deprimido. Tenía que cambiar de vida, pero le resultaba imposible renunciar y buscar el placer, también el de la sexualidad, de otra manera. Hasta entonces toda su vida había girado alrededor de unos atractivos y unas felicidades excesivamente dominadas por un tipo de vida sexual que ahora estaba a punto de acabarse. Empezaba a sentir que el mundo se hundía bajo sus pies.

La sexualidad está especialmente implicada en la consecución de placeres diferentes e intensos. Es una fuente significativa de placeres (de satisfacciones y vivencias placenteras). También está llena de deseos (deseamos placeres, deseamos al otro, deseamos satisfacciones…). Deseos satisfechos y placeres alcanzados son una fuente significativa de felicidad. Pero en un mundo de deseos permanentes, construidos, en el que la regla de control es el egoísmo, hay que recordar que, como cualquier otra emoción, el deseo es controlable; no existe el deseo irrefrenable ni se puede colocar la sexualidad en el territorio de los presuntos instintos que nos impulsan sin control. Pasa justo lo contrario: no poder ejercer el control denota la presencia de una dificultad de salud mental.

Probar, frivolizar y olvidar al otro. Los componentes de una sexualidad que vive en el malestar

Hace décadas que la primera gran revolución sexual fue la que separó la sexualidad de la reproducción. Podemos hablar de una felicidad sexual que nace de la seguridad que otorga haber actuado para que no aparezcan otras dificultades. Volvamos a la adolescente de dieciséis años que se quedó embarazada. Su sexualidad adolescente podía haber sido diferente sin el incidente, pero ahora es posible que tenga un déficit de

felicidad derivado de la inseguridad y la vivencia de una mala experiencia.

En paralelo, la sexualidad ha ido encontrando su lugar fuera del matrimonio y de las parejas estables, lo cual ha conllevado descubrirla antes de la estabilización de las relaciones o los estilos de vida. Pero, pensando en la salud mental, debo insistir en la necesidad de que las experiencias sexuales supongan la construcción de una estabilidad personal progresiva y no de una inestabilidad permanente.

Los cambios sociales en la sexualidad también han comportado destacar las diferencias entre sexo y afecto y su separación puede ser sana. Pero acabo de recordar que somos personas inmersas en emociones y sentimientos, en amores y desamores, y que nuestro equilibrio mental requiere no dejarlos al lado, tampoco en la sexualidad.

La sexualidad, como todo en la vida, es experiencial, experimentadora. Sin embargo, eso no significa que debamos construirla probándolo todo. La sexualidad forma parte del conjunto de experimentaciones vitales que dejan huellas muy significativas. La vida sexual no puede ser trivial porque, si lo fuera, trivializaría la vida. Forma parte de la vida más significativa y con más capacidad de dar sentido emocional, sentimental y afectivo a toda la vida (se cuenta entre los motivos vitales para vivir).

Es muy diferente la experiencia vital del ensayo, de los tanteos descubridores, que la inmersión en la permanente experimentación, que va y viene. Más o menos positiva o negativa, traumática o estimuladora, toda experiencia sexual siempre está relacionada con las decantaciones más importantes del depósito de la felicidad. Construimos nuestra biografía sexual descubriendo y estabilizando formas de ser, de sentirnos y actuar sexualmente.

Diferenciamos el placer sexual que nace de la relación de

cada uno con su propio cuerpo del placer sexual de la relación con otra persona, pero considero que, en términos de salud mental, la sexualidad es, en buena medida, relación, vida de relación, no vida en soledad. Descubrimos y aprendemos el placer y, además, lo que significa compartir placeres. También que, cuando el placer es compartido, cuando nace en la relación, siempre se trata de un placer en libertad.

La intimidad tiene sexo

Para poder gestionar la identidad sexual, la identidad de género y la identidad de las diferentes prácticas sexuales sin que comporte costes en la construcción o el desequilibrio de la salud mental, hay que hacer algunas consideraciones más. Cada uno de nosotros se define básicamente como hombre o mujer, aun considerando que el sexo es una línea continua y que nadie está totalmente en uno de los dos extremos. Hace tiempo que se utiliza el término «intersexualidad» para definir la trayectoria entre los dos puntos. Cada uno de nosotros tiene una autopercepción, una conciencia que lo sitúa en un sexo u otro y esta ubicación nos aporta unos elementos significativos de estabilidad personal.

Uno de los errores que se cometen en la actualidad con respecto a la sexualidad es querer situarla en el territorio de lo genético o puramente biológico. Más allá de los compontes fisiológicos, esta manera de ser sexuada es, sobre todo, una construcción biográfica dinámica. Nos vamos construyendo de manera sexuada diferenciada en función de lo que vamos viviendo y no exclusivamente a causa de determinismos genéticos. Nuestra forma de ser y actuar en la sexualidad es el resultado biográfico de la biología, el entorno afectivo, el entorno social, las experiencias y las culturas.

Pero cada uno de nosotros puede sentirse identificado como hombre o mujer y tener una orientación heterosexual u homosexual. La sexualidad comporta una aproximación al otro, supone la búsqueda y el encuentro con el otro. La orientación del deseo sexual, del erotismo, de los afectos y del amor puede tener como destinatario una persona de igual o diferente definición sexual.

La biografía sexual (especialmente en el tiempo de los descubrimientos y las primeras veces, como en la adolescencia) estará sometida a dudas. Cuando ponemos orden en nuestro mundo interior arrojamos luz sobre las emociones, los deseos y los afectos y estabilizamos nuestra orientación sexual.

Las diferentes identidades dinámicas (como he señalado, no se cuenta solo con una y las que se tienen se van modificando) que vamos construyendo también tienen componentes sexuales. Tienen que ver con la identificación con un sexo u otro, las experiencias de afecto y de placer, los sentimientos, las relaciones, los imaginarios de referencia.

Hablando de la salud mental, creo que no es de gran utilidad entrar en algunos de los debates ideológicos actuales sobre los sexos. Es inaceptable que la diversidad sexual, la transexualidad o las descripciones de la sexualidad personal (por minoritaria que sea) deban ser definidas a partir de la psicología o la psiquiatría. Pero convendría no pensar siempre y en primer lugar desde el punto de vista de la filosofía o la cultura políticamente correcta, escasamente real. Más allá del debate de las ideas, existe la construcción personal que debe basarse en experiencias seguras, significativas y humanizadoras.

La batalla por la igualdad y la lucha por la no sumisión no pueden conducir ni a la supresión de la categoría de sexos diferenciados ni a la de bisexualidad. Nadie puede identificarse con las dos categorías. Nos definimos sobre todo en un punto

de la línea continua del sexo y nos ubicamos en una forma, permanente o cambiante, de relaciones sexuales. El caos del adolescente, por ejemplo, no necesita de otro caos ideológico adulto en la descripción de la sexualidad que está descubriendo. Así pues, el reto es cómo vivimos y educamos en la multiplicidad de conductas, posibilidades y formas de practicar la sexualidad, sin reduccionismos y sin volvernos adolescentes que quieren volver atrás y probarlo todo.

La salud mental también es amor

Deseo y placer pueden encontrar su máxima expresión en la relación, cuando pueden ser realmente compartidos, cuando nacen de la relación. Existe el placer del encuentro. Es el placer que nace de la atracción sexual, del encuentro erótico, de la comunicación sexuada. Es el deseo de ser deseado. El placer también está hecho de sensaciones, emociones y sentimientos. No es una simple cuestión de orgasmos.

Las personas, sexuadas, se atraen, construyen relaciones. La sexualidad también son emociones, afectos, sentimientos relacionados con quien se comparte la sexualidad. La salud mental también es amor, enamoramiento. La salud mental se pone en crisis cuando nos convertimos en adultos desencantados del amor que solo valoran el sexo.

Existen, sin duda, momentos de «locura» relacionados con el amor, el amor romántico, el amor como posesión. Muchos componentes culturales lo consideran tan solo desde la propuesta heterosexual y otorgan papeles de sumisión a las mujeres, que comportan un conjunto de sentimientos discutibles que van de la entrega total a los celos. Sin embargo, no podemos considerar que no forman parte de la sexualidad, negar que se trata de una realidad profundamente significativa

en diferentes momentos de la vida.

En alguno de los libros que he escrito sobre los adolescentes he contado que una tarde recibí en mi despacho, uno detrás de otro, a dos jóvenes (que rondaban los veinte años) alterados a causa del amor. La primera visita, una chica, me pedía ayuda para salir del destrozo vital que le causaba romper con un chico que ya no le hacía caso. A continuación, escuché el relato de un chico satisfecho por haber dejado atrás sus problemas con las drogas y haber estabilizado su caos sexual con una chica a la que quería, con la que estaba a gusto y con la que quería compartir su vida. Desamor y amor, conductores momentáneos, alteradores, en negativo y en positivo, de dos jóvenes vidas.

Construir un equilibrio mental también consiste en aprender a querer y a sentirse querido, en descubrir y aprender las formas del querer. Con todas sus contradicciones, la mejor expresión de la sexualidad es una pareja de amantes. Y que conste que no utilizo la expresión «pareja» en sentido institucional. Me refiero solo a dos personas seducidas y atraídas por una lógica sexual (erótica, afectiva, sentimental) que viven y construyen una relación. No tiene nada que ver con la estabilidad de la relación ni me refiero a la bondad o maldad mental de pensar en construir una familia. Amarse y, además, convivir forman parte de otro tema. Sí que, inevitablemente, hemos de tener en consideración la estabilidad afectiva a la que me he referido y tener presente qué aporta a las experiencias sexuales o cómo pueden desequilibrarlas.

No olvido que escribo este texto en tiempos de *satisfyer* (que en la versión masculina podría ser el consumo de pornografía y los cambios en la masturbación). Un tiempo en que la búsqueda del placer sin necesidad de entablar una relación ha cobrado un valor significativo. No, no me sumaré a los discursos de algunos profesionales de la salud mental que en su

día ya consideraban poco menos que patológica la obtención individual del placer y ahora repiten lo mismo hablando de la patología de la relación erótica con los objetos.

Más allá de la mercantilización aguda de la sexualidad, en términos de salud mental solo quiero señalar la complejidad de buscar y obtener el placer primero con los objetos (sin haber descubierto el placer de desear y de ser deseado) y el riesgo de entrar en una lógica de antirrelación, que puede formar parte de una determinada militancia pero que empobrece el mundo de los sentimientos y de los afectos. Recuerdo a una chica que en un debate sobre estos temas decía: «Por suerte, ahora no necesitamos a los hombres para nada».

Acabo el capítulo y sigue siendo «viernes santo». No he hablado de los «pecados» de la sexualidad, que siempre han ocupado un lugar destacado entre los practicantes de las religiones que se regían y rigen por los mandamientos divinos en vez de por los deseos que sienten. En cualquier caso, no puedo acabar sin recordar que los placeres han de estar sometidos a la ética. Son conductas que se regulan con valores. Por ejemplo, no buscamos siempre y en primer lugar nuestro placer; no podemos obtener satisfacción sometiendo o ignorando los deseos de otro; no podemos hacer caso omiso, como he comentado, de la infelicidad que tenemos al lado y sabemos que dar placer a otro también es fuente de placer; no podemos manipular los sentimientos de los demás, etc. Olvidar la ética en el territorio de los placeres produce insania mental.

La salud siempre es compartida

Vuelvo a las habilidades para la vida redactadas por la división de salud mental de la OMS. Unas cuantas son lo que podríamos denominar competencias existenciales, habilidades para gestionar la vida en compañía, y tienen que ver con el mundo social, con las relaciones entre las personas, la comunicación y la gestión de los conflictos que nacen de la relación.

En diferentes momentos de este relato he destacado la dimensión social de la salud y de la enfermedad mental y volveré sobre ello cuando resuma las formas de ayuda. Ahora te propongo reflexionar acerca de tres afirmaciones: no podemos construirnos, definirnos, sin la mirada de otro; no podemos tener una vida mentalmente sana sin saber de qué mundo formamos parte; no podemos vivir equilibradamente sintiéndonos excluidos, sin participar activamente en alguna clase de vida social compartida.

Somos singulares en un plural

El cerebro egoísta no es un cerebro sano. La conducta egoísta, a pesar de que a veces forma parte de un mecanismo automático de supervivencia, no es la forma natural de comportamiento de nuestro cerebro. Todos los textos sobre neurociencia y educación que he leído afirman que el cerebro es de naturaleza social y se desarrolla mediante interacción. Hay que recordar, además, lo que he mencionado acerca de las neuronas espejo, las que desarrollan y organizan a partir de lo que «ven», de lo

que descubren en otro. La interrelación organiza, el aislamiento impuesto desorganiza. Todo interior se construye en relación con un exterior en el que habitan los otros.

También hemos comentado la pieza del puzle explicativo de la salud mental que deriva de obtener los estímulos adecuados en el momento oportuno. He puesto el énfasis en que sin los estímulos derivados de la relación no se desarrollan estructuras neuronales que permiten sentir amor, querer y buscar ser querido.

Al hablar de la felicidad, he propuesto considerar que una parte significativa de esta nace cuando la consideramos accesoria a una relación, cuando es el efecto producido por la felicidad de otro. No, no trato de hablar de espiritualismo ni del efecto saludable de la caridad. Afirmo que siempre somos en relación con otro, que el yo sano, consciente de sí mismo, que construimos lo construimos en relación con los demás. Supongo que has escuchado o leído: «Yo soy porque nosotros somos». No aprendemos a ser personas en soledad, aprendemos relacionándonos con los otros. La salud mental es saber vivir entre los demás y saber gestionar las contradicciones y los conflictos que nacen de una vida en relación.

Vuelvo a la idea del narcisismo dominante en la sociedad. Construir y recuperar la salud mental significa recuperar las dimensiones sociales del ser humano. A pesar de que acabo de escribir sobre la intimidad y el mundo personal, he de afirmar que el predominio de las dimensiones psicológicas subjetivas, que una buena parte de mi mundo profesional de la psicología ha impuesto en las últimas décadas, no es sano.

La salud mental no es solo una dimensión subjetiva. Es una dimensión subjetiva construida en una dimensión social. Somos porque nos descubrimos como singulares en un plural.

Gran parte de las dificultades actuales derivan del olvido de la dimensión social, de la existencia social, de prescindir de los

contextos que favorecen el encuentro y el contacto, de vaciar de sentido la comunicación en un mundo hiperconectado. Nos ponemos enfermos cuando no disponemos de objetivos compartidos y cuando anteponemos por sistema los objetivos y las pretensiones personales. Gran parte de lo que se denominan psicopatías (solemos decir sin pensarlo que alguien «es un psicópata») están relacionadas con la incapacidad de la persona para reconocer y aceptar al otro, no aceptar que es un ser humano que siente y desea ser feliz, considerarlo un objeto manipulable.

No sé (ni quiero saber) cómo debe ser la salud mental, presente y futura, de los estafadores que aparecen en los medios de comunicación, obscenamente enriquecidos aprovechándose de las necesidades colectivas cuando sufríamos la pandemia. Sí que conozco la de los adolescentes transgresores de las normas, portadores de rabias explosivas o de frustraciones insolentes derivadas de tenerlo todo que cambian y construyen una parte significativa de su salud mental cuando se ocupan de las necesidades de otros y reciben su gratitud. Sanan, en parte, cuando comprueban que el mundo no gira a su alrededor, cuando descubren al otro y este los hacen sentirse mejor.

Solo, ajeno e incapaz para aportar algo

La relación con las otras personas y la vida en sociedad tiene que ver con tres dimensiones diferentes: la sociabilidad, la socialización y la participación. Para construir la parte social de nuestro yo necesitamos personas con las cuales relacionarnos (ser niño entre niños, practicar la adolescencia entre adolescentes, existir en un mundo compartido, ser niño o adolescente entre personas adultas que representan un mundo

de referencia, formar parte de un estilo de vida joven, etc.).

La sociabilidad necesaria (imprescindible en tiempos de construcción) no está en contra de la soledad deseada, de la necesidad de disponer de momentos personales, de disfrutar de la propia compañía. Como ya he dicho, la necesidad de buscar compañía constantemente para evitar estar a solas con uno mismo tampoco es sana. El cóctel de compañía múltiple y soledad no impuesta varía de persona a persona y se construye de manera diferente en cada momento de la vida o en función de las imposiciones que van apareciendo. Lo que en mi opinión no es sano y conduce a la inestabilidad de la salud mental es creer activamente en la posibilidad de construirnos solos, creer que nos hemos hecho a nosotros mismos. En un momento u otro, el ser humano es un ser en interrelación y los malestares aparecen cuando esta interrelación se rompe o se vuelve imposible.

La socialización se relaciona con la convivencia, con el descubrimiento y el dominio de las culturas compartidas. Los problemas de salud mental aparecen cuando la exclusión significa expresar que una persona no puede formar parte de un conjunto de explicaciones compartidas de la vida que le permiten formar parte de algún universo común (más allá de tener los mismos derechos y ser persona de similar condición). La exclusión deja a la persona en busca de respuestas a las angustias vitales sin poder contar con el amparo de una comunidad con la que comparte cultura y explicaciones de la vida. De la misma manera que está obligada a sobrevivir al margen, ha de buscar sentidos y consuelos en soledad. La seguridad vital que nos hace sentirnos bien deriva de poder compartir explicaciones, de sentir que lo que vivimos como dificultad e inseguridad conduce a una búsqueda compartida de sentidos.

Alex, un joven de una escuela de segunda oportunidad (en

realidad para él era la primera) me contaba su vida y sus opciones vitales marcadas por la exclusión: «Cuando bajaba a la plaza, los padres apartaban a sus hijos y les decían: «No, con ese no». Pero yo no tenía la culpa de que los míos fueran toxicómanos. Me preguntaba por qué me hacían el vacío, siempre me han dejado aparte. Casi toda mi vida me he juntado con marroquíes. Eran los únicos que me hablaban y a la hora de la verdad estaban ahí. He ido con gente «mala»… robábamos… estaba mal».

Algunas dificultades mentales tienen que ver con la condición de extranjero, de ajeno al grupo. Además, la falta de voluntad y esfuerzo para conocer al otro nos lo hace percibir como amenaza y peligro. La inseguridad personal se agrava y se convierte en malestar porque las personas que nos rodean nos parecen portadoras de peligro. Las sociedades (sus individuos) se vuelven insanas cuando se llenan de estereotipos y miedos que, además, suelen adjudicarse a determinados colectivos. No es lo mismo construirse descubriendo cómo somos que hacerlo oponiéndose a otro y negándole la condición humana compartida.

El yo social en construcción no es solo relación y existencia compartida. También es participación social, posibilidad de construir comunidad, sociedad, con otras personas. Somos en relación, pero también somos en la medida en que lo común no se nos impone y no es inamovible. El lector recordará las locuras que dependen de la imposición de vivir una vida ajena en las que la persona siente que no puede cambiar nada o las sociedades en que la única manera de huir de la vida impuesta es enloqueciendo.

La dimensión social de la salud mental es poder ser una persona implicada activamente en construir en compañía de otras personas. La incapacitación es negar a una persona la posibilidad y la capacidad de aportar algo a la comunidad,

pasar a ser un sujeto inservible. Gran parte de los programas de salud mental comunitaria se basan en hacer posible que las personas con dificultades puedan crear, expresar, construir para la comunidad que las rodea y, además, que mantengan una implicación transformadora y participen en la construcción de formas de vida alternativas, más sanas.

Dado que pocas veces la vida es un lago en calma, la construcción de la dimensión social no evita la aparición de conflictos interpersonales. De hecho, la salud mental se relaciona con el aprendizaje de las dificultades de la vida en común y de la gestión de las discrepancias y los conflictos. Muchos malestares nacen de conflictos causados por la relación. Vivir siempre comporta, en la familia y fuera de ella, confrontarse con otro, con otros, y la confrontación requiere comprender al otro y ser comprendido por el otro.

No entraré en el tema, pero no puedo dejar de recordar la insania que aparece en los grupos familiares cuando las personas están obligadas a vivir juntas careciendo de argamasa aglutinadora. Sirvan de ejemplo las escapatorias desesperadas ante situaciones insostenibles: enfermedad, huida, destrucción personal y de los demás. Construir la salud mental también es aprender a gestionar los conflictos de relación.

Detenerse a pensar

No es fácil actuar de manera razonable

Durante un tiempo ayudé a un joven universitario que, entre otras dificultades, sufría crisis durante las cuales tenía la impresión de que, si se olvidaba de respirar, sus pulmones dejarían de funcionar. Obviamente yo no podía decirle que era una absurdidad ni obligarlo a razonar exponiéndole el funcionamiento de la respiración humana (que él había estudiado en el colegio) para que se diera cuenta de que se trataba de un pensamiento irreal. Para él era real y lo hacía sufrir. Otro aspecto fue cómo ayudarlo a gestionar otros malestares, aparentemente generadores de aquella preocupación y cómo, poco a poco, él mismo empezó a pensar y a razonar sobre el contenido de la vivencia de la respiración. Fue construyendo una explicación personal (sus argumentos) que evitaron que las crisis «respiratorias» se volvieran formas agravadas del malestar principal.

A veces, una persona próxima tiene un ataque de celos con su pareja. Vemos un conjunto de conductas que, para cualquier observador, no constituyen señales de un comportamiento inadecuado, mientras que para la persona celosa se trata de demostraciones de una auténtica traición. La persona celosa interpreta la mirada amable a las personas que rodean a su pareja como miradas de deseo. La parte de la agenda de su pareja que desconoce siempre oculta actividades en las que el otro se abre a un mundo que va más allá de los dos. Considera que su pareja no debe ser feliz si no es en su compañía… Para

la mayoría de las personas que rodean al celoso son explicaciones sin lógica, irracionales. Ayudarlo requerirá entrar en un proceso de reflexión sobre lo que vive como problema hasta llegar a construir una forma de relación respetuosa y comprensiva de la conducta de su pareja.

Podríamos seguir hablando, por ejemplo, de la vivencia de una ansiedad intensa que no se puede ocultar con los psicofármacos. Un día u otro habrá que analizarla, detenerse a pensar (no solo descubrir qué sentimos y cómo lo sentimos) qué demonios pasa, averiguar cuál es el contexto que la provoca y cuáles son las vías para reconducirla.

He puesto estos ejemplos para poder seguir hablando de las habilidades, competencias y herramientas necesarias para construir y mantener la salud mental, las que en jerga profesional se denominan «cognitivas». El estudiante que cree que se ahogará, el celoso que no atiende a razones, la persona que prefiere tomar benzodiacepinas antes que analizar su ansiedad nos recuerdan competencias —tener conocimientos, explicaciones, saberes, capacidad de reflexión— que otorguen sentido y coherencia a lo que vive, a lo que causa impacto en nuestras vidas.

El malestar aparece cuando no podemos interpretar, dar sentido a lo que vivimos y la vida nos desborda. No podemos comprender y no tenemos a alguien, no lo encontramos, que nos ayude a comprender. Gestionar el malestar supondrá aplicar la mente a armonizar y reducir las estridencias entre las representaciones mentales propias y las del mundo que nos rodea.

Cuando en las últimas páginas trate los sistemas de ayuda hablaré de la escucha. Uno de sus aspectos es poder contar con una persona que escuche nuestras «extrañas» explicaciones y nos ayude a ordenarlas y a encontrar una explicación personal que no produzca malestar. Algo de lo que nos pasa tiene que

ver con el hecho de que, en la actualidad, vivir es no pensar. Detenerse a pensar no se considera una buena vida.

Como observaréis, vuelvo reiteradamente a la palabra «pensar» para hacer presente que no puede ser considerado un acto solo racional. He hablado de pensar en lo que sentimos, en lo que somos, en lo que deseamos, en la felicidad que buscamos, en hacer balance de lo que vivimos… pensar y pensar. Insisto en el concepto porque estamos compartiendo un texto sobre la salud mental y para comprenderlo hay que «pensar» de todas estas maneras y muchas más. También porque la mayoría de las respuestas terapéuticas que aplicamos y que conoces tienen que ver con ayudar a la persona que sufre a mejorar y dominar ciertas capacidades mentales.

Pensar para saber qué pensamos

Utilizar ese algo tan indefinido que he descrito como mente, hacerse una idea propia o mentalizarse, pensar y organizar ideas tiene que ver con construir una especie de sistemas de representación sobre uno mismo (pensar en el mundo interior del que he hablado), sobre los demás y las relaciones con ellos, sobre el mundo que nos rodea y el lugar que ocupamos en él. Pensamos para diferenciar y establecer una comunicación entre el mundo exterior y el interior, diferenciar la apariencia (lo que cada uno percibe) de la realidad compartida. Pensamos para saber qué pensamos (para tener alguna conciencia de nuestros procesos mentales, incluidos los sentimientos que acabo de mencionar) y darle al pensamiento alguna especie de representación.

La persona celosa de la que he hablado no «piensa». No necesita eliminar lo que siente, sino situar sus impulsos emocionales inaceptables en un esquema interpretativo de los

deseos y las emociones en el que las que lo trastornan no tengan sentido. Pensarse igual de entusiasta en el amor por la pareja, sin renunciar a nada, pero descubriendo el lugar de la felicidad del otro.

Cuando no disponemos de la capacidad de mentalizar lo que vivimos, confundimos nuestros estados emocionales (no los distinguimos, no los podemos explicar). No podemos diferenciar lo que sentimos dinamizado por nuestro interior de lo que sentimos como respuesta al exterior. Vivimos en malestar porque las ansiedades nos desbordan o porque las conductas problemáticas que ponemos en marcha como mecanismo de protección o defensa acaban convirtiéndose en el problema principal. Muchas conductas agresivas o destructivas ponen en evidencia la imposibilidad de pensar. Muchos malestares afectivos ponen en evidencia la dificultad para pensarlos y expresarlos en la realidad exterior.

Lo que se denomina «representación simbólica» (poder tener ideas, imágenes, palabras, frases…) permite modular, acomodar, gestionar la intensidad del mundo emocional y afectivo desbordado. Las personas con capacidad y posibilidad de pensar pueden descubrir y aceptar perspectivas diferentes y no sentirse extrañas con las propias, descubrir que los malestares personales pueden depender de un error de perspectiva, asumir que el futuro puede ser imprevisible. Pensar también supone entender nuestro malestar y el del otro como una forma razonable de reacción ante una realidad difícil, que genera dolor, de la que no se puede huir.

Un presente que gestiona las tormentas del pasado

Si la salud mental siempre comporta el conocimiento de uno mismo y un pacto activo con lo que somos y podemos pensar que somos, también implica clarificaciones, pactos y acuerdos con el pasado. Por razones biológicas (sistemas de neuronas con memoria) y biográficas (somos personas que han vivido, somos vidas vividas que todavía tienen que vivir) el pasado siempre contamina el presente. Por eso la competencia para construir y reconstruir la salud mental también tiene que ver con dilucidar cómo gestionar los acontecimientos significativos (he hablado de los sucesos traumáticos en la explicación de la enfermedad mental) anteriormente vividos.

Todo lo que ha sido significativo, sobre todo si fue negativo, si causó dolor, puede permanecer como condicionante de nuevos malestares, además de haber generado los mecanismos adaptativos a los que me he referido, que hacen más complejo el nuevo padecimiento, la nueva dificultad. A veces llegan incluso a inhabilitarnos, generan una especie de indefensión adquirida que impide la resolución del nuevo-viejo malestar.

Desde la perspectiva de la salud mental, aprender a gestionar el pasado significa tener presente que conservamos no un almacén de experiencias, sino la experiencia dinámica de haber vivido acontecimientos significativos que han acuñado una parte de nuestro cerebro. Los malestares del presente pueden tener que ver con diferentes evocaciones del pasado. Pero a menudo no se trata de grandes traumas, sino de pequeñas experiencias con intensidad personal significativa que van de la emoción leve a la pérdida intensa, de la falta de amor a la

pequeña tristeza.

El recuerdo es una experiencia del pasado que sacude emocionalmente el presente o que trae la tempestad a lo que se vive en el presente. Gestionar impactos y recuerdos significa aprender a editarlos. La larga lista de emociones, sentimientos y afectos que vuelven a afluir, impulsados por un nuevo acontecimiento, puede ser leída, interpretada, recibir nuevos significados porque no son un lastre, sino una realidad del pasado que se puede editar con las nuevas herramientas vitales que se poseen en el presente.

Se puede aprender a reconstruir, acotar o reinterpretar la memoria traumática o traumatizada. Podemos identificar lo vivido que nos condiciona, aceptarlo y despojarlo de culpa, convertirlo en algo neutro o positivo, otorgarle un nuevo valor emocional o evitar que condicione los nuevos sentimientos. Se aprende a hacer nuevas lecturas poniendo nuevos filtros. También se aprende a desconfiar de los recuerdos para limitar su condicionamiento. Nunca son la verdad, ni tan solo la nuestra, pues ahora los vivimos desde nuevas perspectivas.

Pero cuidado con dedicarse a la búsqueda del trauma perdido. No se trata de psicoanalizarse retrocediendo hasta el día que nacimos. Tomar conciencia de que lo que nos ocurre no siempre tiene origen en el presente y que su manifestación no siempre debe ser interpretada directamente (podría ser síntoma de otra dificultad), no significa que haya que dedicarse a investigar hasta el último detalle del pasado ni considerar que si los viejos traumas no se aclaran y se resuelven la salud mental no mejorará. Reconstruir la propia historia no significa aclarar sistemáticamente todos los acontecimientos traumáticos de nuestra vida.

Volveré a recordar que tomar conciencia activa de la vida que se ha vivido no significa universalizar el diván del psicoanalista, sino arrojar algo de luz sobre el pasado para

evitar que determine el presente. Muchos de los jóvenes del sistema protector o del sistema penal juvenil con los que he trabajado a lo largo de mi vida acumulaban vidas destruidas y destructoras desde la primera infancia, pero los profesionales que nos ocupábamos de ellos no dedicábamos el tiempo a descubrir las características de los traumas derivados del maltrato y el abandono que habían vivido y que, obviamente, no podían recordar. Sí que los ayudábamos a tomar conciencia global del pasado como condicionante del presente, pero no podían invocarlo eternamente para justificar su conducta actual. Hablábamos del pasado, pero en clave de futuro.

Lo que hacíamos era tratar de gestionar el pasado ayudándolos a construir un relato, una historia verosímil que adquiriera sentido, de manera que el drama de saberse abandonado o el trasfondo del maltrato dejara de ser un lastre, un obstáculo que imposibilitaba el futuro. «Mi madre me quiso en algún momento, quizá poco, porque no podía más. Si hubiera podido, quizá seguiría con ella. Ahora tengo que vivir y conseguir que me quieran».

Lo que teníamos presente es que todo el mundo necesita recuperarse del pasado en un entorno seguro. Sentirse querido, saber que tu vida no corre peligro y comprobar que puedes tener futuro puede neutralizar un pasado difícil del que tomamos conciencia pero al que le negamos la posibilidad de condicionar el futuro, porque las nuevas condiciones de vida rechazan el poder traumático que tuvo. Ser capaz de gestionar un pasado que condiciona significa, fundamentalmente, disponer de tiempos y espacios de calma y de relaciones acogedoras que diluyan el trasfondo negativo de lo que se vivió.

El pasado ya no impacta porque ya no puede asociarse con un presente totalmente incierto. Se trata de aprender (de hacer posible) a recuperar el control de la vida presente, teniendo

conciencia de haber sido golpeado en el pasado. El estrés del pasado no puede sumarse al del presente porque este está bajo control.

Mi amigo José Luis Bimbela, a quien ya he mencionado cuando he aludido a la larga lista de los sentimientos, después de atravesar una crisis suicida escribió: «He aprendido a utilizar mejor el pasado». Para él, el pasado debe ser aprendizaje y andamio para la reconstrucción.

Aprender a gestionar el pasado significa aprender a gestionar los desacuerdos con uno mismo y con el propio pasado. Hacer un balance permanente entre lo que nos hace odiarnos y lo que nos hacen querernos, descubriendo que, a pesar de lo vivido, todavía tenemos posibilidades de vivir una vida que valga la pena.

V

Acompañar, ayudar, escuchar, curar

Estamos llegando a las últimas etapas de nuestra reflexión compartida sobre la salud mental. A lo largo del diálogo hemos transitado entre los malestares y los trastornos, entre los dolores de la vida que dificultan o impiden la vida. Hemos descrito enfermedades que no encajan en ningún modelo de enfermedad. No nos ha quedado más remedio que asumir la complejidad, situarlas en la complejidad de la condición humana.

Padecemos «enfermedades» mentales y nos convertimos en pacientes (personas que padecen) que necesitan ayuda, pero no deseamos que nos obliguen a convertirnos en otra clase de pacientes (personas que han de soportar pacientemente profesionales y respuestas inadecuadas). Puesto que estamos al final, hemos de hablar de cómo debe ser la ayuda, de las respuestas que se dan y de las que deberían darse a las dificultades relacionadas con la salud mental.

Supongo que, de todo lo que llevo escrito, se deduce que las respuestas no siempre deberían seguir el formato consulta de médico, que también deberían estar relacionadas con realidades comunitarias y, en cualquier caso, tendrían que contar con el rigor y la coherencia profesionales. Creo que todo lo que llevo escrito y que tú has leído conduce a una gran conclusión: no es válida cualquier respuesta y algunas de las que se dan en la atención a la salud mental generan más problemas de los que resuelven.

Por si fuera poco, la atención a la salud mental arrastra dos problemas crónicos para los que hay que encontrar alguna salida: por una parte, la incoherencia, la confrontación, la falta

de síntesis en la explicación, en el discurso teórico de la salud mental y en las maneras de ser profesionalmente útiles cuando las personas sufren (recuerda el capítulo «Cómo escapar de las tribus de médicos y psicólogos»). Por otra, el modelo organizativo de los recursos y los servicios, muy parecido al de la atención de otras enfermedades, es inoperante y contradictorio para atender a gran parte de las personas que necesitan ayuda. Son problemas a los que, repito, se suma una enorme falta de recursos (que, sin embargo, son urgentes y necesarios para desarrollar otras formas de atención, no para ampliar las actuales).

Las páginas que siguen ordenan algunas reflexiones sobre qué hacer y cómo hacerlo con la pretensión de hacer posibles algunos de los contenidos de la salud mental de los que acabamos de hablar. Te propondré debatir sobre algunas incoherencias de las respuestas que no son aceptables y que van desde la innovación científica a los productos «naturales». Hablaremos del oficio de escuchar y de los profesionales de la intervención terapéutica. Te propondré algunas sugerencias para salir de la trampa de tener que escoger entre pastillas y palabras. Volveremos a la comunidad y aclararemos por qué no sirve un recurso diseñado para aislar. Todo ello al servicio de lo que pretende este libro, que resumía en las primeras páginas: tener una visión personal más coherente sobre la salud y la enfermedad mental, compartir un discurso social que ayude y no segregue, conseguir que una parte de mis colegas se sume a una comprensión integradora y a unas respuestas válidas, exigir de los responsables políticos una planificación coherente, no la venta de etiquetas y servicios etiquetados que curan las enfermedades mentales.

Ayúdame a encontrar ayuda

Puesto que todo lo que sigue vuelve a ser un puzle (antes hemos ensamblado el del modelo de enfermedad mental y ahora construiremos algunas piezas del puzle de las respuestas), quisiera empezar haciendo un resumen de las reglas que siempre deberían respetar las respuestas. Pero antes permíteme poner un nuevo ejemplo de malestares de la vida que ilumine los rostros de las personas para las que debemos pensar las respuestas.

A la larga lista de malestares y trastornos que he citado, se puede añadir otro: la salud mental de las personas que cuidan de otras personas, por ejemplo, la de las mujeres que se ocupan de los ancianos en los recursos de atención. La mayoría ha pasado por un proceso migratorio, a menudo en soledad y en permanente inseguridad jurídica e inestabilidad laboral. Sus salarios no les permiten llegar a final de mes. Ayudan a personas que sufren al final de la vida. Por la noche vuelven a hogares compartidos. Su salud mental se va cargando de ansiedad, depresión y dolores de toda clase. ¿Adónde pueden recurrir en busca de ayuda? ¿Qué haremos los profesionales cuando nos pidan, al menos, alguna pastilla para dormir?

Del derecho a ser menos explotados al derecho a gestionar los tratamientos

Si cualquier respuesta no es válida, ¿qué criterios se deben seguir para que lo sean? Propongo siete que, para respetar la

condición humana de todas las personas, formularé en clave de derechos. Las respuestas a las dificultades de salud mental, los recursos, siempre deben incorporar estos siete derechos básicos de atención, sin que sea aceptable que solo se respeten algunos. Aunque volveré a hablar de todos ellos, por ahora haré una lista y los describiré brevemente.

Las personas inmersas en los malestares que alteran la salud mental deben ver reconocidos los siguientes derechos:

1. Tienen derecho a un grado mínimo de explotación. Dicho de otra manera, tienen derecho a que la explotación vital no sea una fuente permanente de malestares que acabe destruyendo su salud mental.

Los profesionales no podemos dedicarnos a calmar a las personas que enloquecen a causa de las condiciones de vida si no disponemos de medidas políticas destinadas a cambiar las condiciones de vida enloquecedoras. El lector recordará al psiquiatra que quería recetar trabajo. Ahora lo que te propongo es que te prohíbas a ti mismo pensar que la cuidadora explotada se deprime debido a un déficit metabólico.

Siempre hay que hacer dos cosas como mínimo. En primer lugar, explicar que el número de personas con problemas de salud mental no aumenta, sino que el aumento de la precariedad vital y la explotación laboral son los causantes del incremento de los malestares y los trastornos. En segundo lugar, que la ayuda de salud mental ha de servir para gestionar los malestares con el menor sufrimiento posible, pero no para que las personas olviden las condiciones de vida justas a las que tienen derecho y obtener su silencio sumiso.

Si el ámbito laboral se convierte en un escenario de padecimientos, no podemos limitarnos a reducir la ansiedad, sino que debemos exigir condiciones laborales que no la incrementen día tras día. Quizá es necesario que los

profesionales y los gestores de salud mental se den una vuelta por sus vidas de vez en cuando, por la vida de la cuidadora de la que acabo de hablar, y se pusieran en el lugar de alguien cuyo trabajo consiste en animar la vida a una persona dependiente que sufre. Se preguntaran qué implica dar ánimos a los otros cuando la propia vida carece de alicientes y cuando la persona que atiendes piensa que ya tiene poco sentido.

2. Tienen derecho a formar parte de, a tener vidas que no estén al margen, a ser atendidas sin agudizar la segregación y facilitando la incorporación.

La atención y la ayuda no pueden estar condicionadas a la existencia de una patología. Para comprobar que tienen a un profesional a su lado no tienen que reconocer que padecen una enfermedad. Deben ser atendidas de manera abierta (en el sistema de salud, en el social o en el educativo) y puestas en contacto con el profesional que mejor pueda dar una respuesta a las dificultades que ahora sienten. Para poder ser atendidas no han de añadir a su vida, difícil de por sí, una etiqueta que genere más marginación.

La ayuda debe incluir, desde el primer momento, la incorporación a grupos, colectivos y comunidades. Toda ayuda debe prever puentes de conexión social, recuperación de relaciones y posibilidades de nuevas formas de participación. Además, la atención no debe situar los problemas y el malestar únicamente como variables individuales y subjetivas, sino ayudar a descubrir que los demás sufren malestares parecidos y estimular la búsqueda compartida de remedios.

3. Tienen derecho a ser escuchadas, a encontrar profesionales que las miren y muestren interés por su vida.

Todo profesional de la relación sabe que lo primero que espera una persona que sufre es comprobar que existe para

alguien. Cuando la cuidadora no puede más, se pregunta «¿quién podría ayudarme a mí?». No debería preguntarse de qué está enferma, sino con quién puede contar para salir adelante, para aliviar su sufrimiento, para ser útil en su trabajo. Como repetiré más tarde, no busca una mirada diagnóstica, sino una mirada que acoge. Ser mirado, ser escuchado no tiene nada que ver con que un profesional trate de encajar un conjunto de síntomas en alguna categoría de trastorno.

4. Tienen derecho a la palabra, a poder poner palabras a lo que sienten y viven y a encontrar a alguien que sepa leerlas para que puedan descubrir juntos un nuevo sentido.

La escucha siempre comporta dejar al otro que haga su relato, no pretender encajar la fenomenología de sus padecimientos en algún cajón de nuestros modelos patológicos preexistentes. Si las ayudamos a descubrir lo que sienten, deben poder hacerlo con sus propias palabras, deben poder expresarse de diferentes maneras, construir y contar sus argumentos. La vida y sus padecimientos no son un protocolo (en cualquier caso, los protocolos deben servir para descubrir vidas). No se trata del derecho al diagnóstico, sino del derecho a la comprensión. No nos ocupamos de enfermedades, nos ocupamos de enfermos. No estudiamos problemas, comprendemos a las personas implicadas en un problema.

5. Tienen derecho a los fármacos y a poder calmar, también químicamente, sus dolores.

La discusión sobre si en la salud mental se deben usar medicamentos o terapias es un falso debate. La cuidadora que quiere descansar, que tiene derecho a ser oída y escuchada, también tiene derecho a ahorrarse algún sufrimiento gracias a una pastilla que la tranquiliza o le hace ver el mundo de otro color. Si no les facilitamos otras condiciones vida, no podemos

dedicarnos además a prevenirlas sobre los efectos nocivos de los psicofármacos o a reducirles las dosis y los usos «por su bien».

No sirve dedicarse a recetar porque no disponemos de tiempo para escuchar ni negar la receta pensando que los psicofármacos introducirán la dependencia en su frágil vida. No es aceptable mantener el predominio de la tristeza mientras se espera a que la palabra surta efecto. Más tarde hablaré sobre el derecho a drogarse sanamente, sobre las drogas del mercado y las de la farmacia.

6. Tienen derecho a la gestión de los fármacos que les prescriben, a conocer sus efectos y a negociar sus formas de uso.

Cualquier atención a la salud debería integrar la educación, la explicación comprensible de cómo funciona todo lo que no funciona cuando estamos enfermos. La prescripción debería integrar la explicación del por qué se receta un fármaco y cómo funciona en el organismo. Con la salud mental y los psicofármacos, además, siempre hablamos de múltiples efectos y de cambios significativos en las percepciones (emocionales, cognitivas, relacionales) de las personas que los toman.

No son personas que se ponen en manos de un poder prescriptor que no tiene por qué dar explicaciones. La cuidadora tiene derecho a no estar totalmente calmada, a sentirse más viva con un medicamento u otro, con una dosis u otra. Tiene derecho a preferir desconectar un rato porque no puede más. Eso significa poder hablar de los efectos que le causa lo que toma, poder contar cómo se siente, poder elegir un recorrido químico u otro.

7. Tienen derecho a acceder a profesionales con visiones integradoras de la salud o, al menos, que no parcelen su vida.

Sabemos perfectamente, por ejemplo, que el adolescente con una vida escolar complicada que se envía al sistema de salud mental necesita que su tutor se entienda con su psicóloga y que esta se deje caer de vez en cuando por la escuela para comprender lo difícil que es aguantar las clases. Sabemos que el rostro de la madre (podríamos volver a la cuidadora si tiene hijos) que acude a un recurso social en busca de ayuda económica para mantener la escolarización de sus hijos solo refleja angustia y tristeza.

Cuando acuden a los despachos quizá no lo digan, pero del profesional que está al otro lado de la mesa esperan una respuesta amplia a todas sus necesidades, sin tener que ir de ventanilla en ventanilla, de consulta en consulta, de médico generalista en especialista y de especialista en especialista. Es el derecho a disponer de un profesional de referencia que integre las atenciones y a ser atendidos por diferentes profesionales con una visión lo suficientemente amplia e integradora de las necesidades, dificultades y malestares. En la salud mental, el profesional distante, que solo acepta una atención parcial, es como un mueble de poca utilidad.

Arreglar las neuronas y olvidar la vida

Si la salud y la enfermedad mental solo son comprensibles desde la complejidad, lo mismo pasa cuando debemos pensar en las respuestas, las formas de ayuda y las propuestas de «curación». Pero antes de profundizar en los contenidos y en las maneras de hacerlas, permíteme que dedique unas líneas a ponerte en guardia. No todo lo que aparentemente cura humaniza y no todo lo parece inocuo es aceptable.

En la pasada década, la Asociación Estadounidense de Psicología declaró que entonces se utilizaban en su territorio

cultural más de trescientas técnicas «terapéuticas», la mayoría de las cuales carecían de rigor, contenido y estudio. Con el tiempo han aumentado —también en nuestro país— y se han inventado otras nuevas. De manera complementaria, los avances de las neurociencias han generado un nuevo predominio de las visiones biológicas, de formato muy reduccionista.

Cíclicamente, vuelve la tendencia a separar las enfermedades cerebrales de las enfermedades mentales y a construir una especie de salud diferenciada que separa la salud del cerebro de la de la mente. Esto conduce a una psiquiatría altamente medicalizada para las personas con crisis agudas (crisis que hacen inviable la vida y la convivencia) y a una especie de servicios de toda clase para los crónicos y los marginados, a ser posible lejos de la vista de las personas «normales», y a una suerte de respuestas intermedias, sin rigor, en el caso de malestares indefinidos.

Al pensar en las respuestas, no podemos permitirnos olvidar a la persona ni gestionar las manifestaciones obviando las situaciones en las que se producen. Por deslumbrante que parezca cualquier nuevo descubrimiento de la neurociencia, no servirá de nada si se aplica solo y aislado. He comentado algunos descubrimientos recientes y aunque no soy un experto ni los conozco todos, quiero mencionar un par que parecen representar dos líneas de «tratamiento» futuras: la ortogenética y la estimulación cerebral no invasiva. La primera consiste en la introducción de proteínas que recodifican los genes de las neuronas del cerebro y consiguen que los nuevos psicofármacos tengan unos efectos más precisos. La segunda, la estimulación eléctrica de baja frecuencia (nada que ver con el electrochoque), trata las zonas del cerebro con ondas de diferentes frecuencias para modificar su funcionamiento.

Como somos un cerebro pero no somos solo un cerebro, no

podemos aceptar respuestas que pretendan modificarlo reduciendo todo lo que somos a un cerebro biológicamente modificable. No es aceptable una respuesta que tan solo trate de reducir nuestros deseos y regular nuestros estados de ánimo sin permitir ninguna opción de gestionarlos, de darles significado, de diferenciar las formas de felicidad que deseamos. Es muy diferente modificar la biología o la fisiología de la tristeza para sufrir menos que llevar vidas biológicamente modificadas que no tienen sentido, pero que el cerebro nos presenta bajo un aspecto de felicidad.

Sean bienvenidas, en cambio, todas las respuestas científicas positivas que permiten modificar lo que somos teniendo en cuenta quiénes somos, modificar o decidir lo que somos o lo que deseamos ser: personas con una vida a la que poder dar sentido. No podemos arreglar las neuronas sin considerar las vidas en las que estas neuronas se destruyen.

Tampoco podemos atribuir a un déficit biológico genético los altibajos que los traumas de la vida generan en las neuronas ni podemos dejar de pensar en cómo, a partir de las diferentes formas de atención y cuidado de la persona, ayudaremos a recuperar los daños neuronales que causa la vida. Las intervenciones terapéuticas personalizadas también aspiran a provocar cambios en el cerebro, en el funcionamiento de sus estructuras bioquímicas.

Cualquier nueva terapia de acción biológica, eléctrica o química puede ser bienvenida si no olvida que su función no es hacer desaparecer los síntomas de manera aséptica. Toda nueva intervención terapéutica debe estar al servicio de la disminución de los padecimientos y aplicarse en el contexto de una atención múltiple que facilite ser persona, convivir, gestionar y modificar los orígenes del malestar.

También está pasando lo mismo con las respuestas que provienen de las psicologías menos biológicas. También vivimos cierto totalitarismo psicológico. Mientras participo en el show mediático de la firma de libros el día de Sant Jordi, tomo nota de los libros que me rodean y de los comentarios de los seguidores de algunos autores. Parece como si todo pudiera arreglarse con la autoestima, solo se educa con amor, si uno tiene problemas es que no ha explorado bien su interior y si al final todo se altera siempre nos queda el yoga.

No es buena esta psicología de masas en la que nos adentramos, hartos de la falsedad, del mercantilismo de la ciencia y de las respuestas de la medicina oficial. Últimamente hacemos comprar muchos manuales de autoayuda porque no sabemos cómo vender esperanza y explicar lo complejo que es cambiar una vida de sufrimiento.

No es cierto que cualquiera de las metodologías terapéuticas basadas en la palabra y la relación no hagan daño a nadie. Hay «tratamientos» que pueden bloquear otras formas de ayuda y situar a la persona en trayectorias vitales que aún compliquen más sus problemas. No todas las comunidades terapéuticas son sanas. Hay grupos «terapéuticos» que son poco menos que sectas. Las liturgias y procedimientos de algunas terapias (a pesar de que afirmen su evidencia científica) son más que discutibles, sobre todo si obligan a las personas a seguir sus procedimientos para recibir ayuda. Algunas actuaciones que se refugian en la etiqueta genérica del *counseling* o de la mentalización son de este tipo.

Cualquier método de respuesta a las dificultades de salud mental debe respetar ciertos criterios. He comentado antes que no podemos aceptar explicaciones ni remedios que no cuenten con un mínimo de rigor científico (o, como mínimo, cuyas

razones de validez no sean predominantemente desconocidas y su eficacia esté asociada a alguna clase de fe en el remedio, en el grupo o en su líder).

Ninguna explicación de la condición humana puede ser tan holística que lo abarque todo, ningún remedio puede servir para todo. No existe ningún problema de salud mental que no necesite varias clases de atenciones, personalizadas e integradas. Las inseguridades que provocan los malestares no pueden conducir a las seguridades simples, a las filosofías de grupo que ofrecen otras seguridades.

Las respuestas a los problemas de la salud mental no pueden basarse en conseguir que las personas adopten una clase de vida que no tiene nada que ver con ellas. Las respuestas deben partir de las culturas de vida de las personas, de la comprensión de lo que viven y hacen. Las respuestas a los problemas de la salud mental también tienen clase social (por muy científicas y neutras que se presenten siempre está presente la desigualdad) y a menudo obligan a considerar que para sentirse bien se debe adoptar el comportamiento de otro grupo.

Tampoco es buena una respuesta que se considera única, que niega un itinerario de cambio personal basado en probar y complementar varias ayudas. No es buena una ayuda que no aspira a ser provisional y temporal, que no trabaja para conseguir una gestión autónoma del malestar y para que el bienestar deje de depender de las soluciones (no puedo dormir si no tengo una pastilla sobre la mesita de noche, por si no cojo sueño).

Repito de nuevo: ninguna respuesta puede prescindir de la ética. Cuando toda manipulación es posible, el profesional y la persona han de saber que la ciencia y la filosofía, las pastillas y la palabra, han de estar referidas a valores.

Ayudas que modulan el malestar

La relación terapéutica

He dejado claro que uno de los derechos de las personas con dificultades de salud mental es ser escuchada y que los recursos de ayuda deben pensarse desde esta perspectiva. Recuerda que no estamos hablando de qué remedio cura, sino de cómo la ayuda se vuelve útil, de qué manera es útil, cómo es posible el cambio a partir de las diferentes formas de ayuda.

Pero esta reflexión tiene un preámbulo. En el terreno de las diferentes «terapias» (más allá de la indicación de algunos fármacos significativos para determinados síntomas) hace tiempo que conocemos dos realidades. La primera es que los diferentes «diagnósticos» pocas veces se pueden asociar a la necesidad de un tratamiento diferenciado. Habitualmente, no tenemos una enfermedad diferente que necesita un tratamiento diferente (lo que no quita que unas formas u otras de atender no sean más útiles para determinadas situaciones).

La segunda es que los estudios dejan claro que menos del 15 % de las «mejoras» terapéuticas pueden asociarse a aspectos diferentes de un tipo de terapia u otro. El porcentaje más importante de los efectos de cambio está asociado a lo que podríamos denominar tipo o estilo de la relación terapéutica. Todo puede mejorar (o volverse inútil) en función de cómo se construya la relación entre los profesionales y las personas necesitadas de ayuda. Incluso el efecto de un fármaco dependerá de la relación de ayuda y confianza que se establezca entre la persona que lo prescribe y la persona que lo

toma.

El impacto terapéutico siempre depende de la capacidad del profesional para construir una relación de confianza mutua. De ahí que el gran cambio en la atención a la salud mental sea conseguir que la mayoría de los profesionales implicados tengan esta actitud y capacidad. La influencia terapéutica siempre está asociada a poder tener cerca a profesionales (diferentes) de la relación y de la escucha.

Todos los cambios, todas las posibilidades de gestionar en positivo malestares, reducir los dolores y mejorar las posibilidades de futuro tienen que ver con tener un acceso flexible a profesionales de la escucha, profesionales cuyo oficio es escuchar, flexiblemente disponibles y accesibles. Lo que necesitan ante todo las personas inmersas en malestares es encontrar a un profesional cercano. Por eso es clave que para recibir ayuda se pueda seguir el canal más «normal», más cotidiano. Es de gran utilidad, por ejemplo, que la médico de familia dedique (tenga) tiempo a escuchar, ayude en la primera gestión y pueda facilitar que un «experto» cercano pueda continuar lo que ella ha acogido y no se limite a hacer de mediadora entre el paciente y la consulta de un servicio de salud mental desconocido.

La salud mental (la salud en general) tiene que ver con profesionales respetuosos que acogen, escuchan, dialogan, explican y están dispuestos a construir una explicación funcional y útil de lo que ocurre junto con la persona que lo sufre. Tiene que ver con la posibilidad de disponer de profesionales que escuchan los malestares en la proximidad (o que la construyan para hacerlo posible). Si no vale cualquier terapia, tampoco sirve cualquier profesional. No basta con la profesionalidad en cuanto conocimiento y saber (ser experto), también se trata de estilo personal y disponibilidad para establecer una relación de ayuda que siempre conlleva cierto

grado de implicación.

Cuando la salud mental se altera, necesitamos la mirada del otro (el derecho a saber que existimos para otro que está dispuesto a ayudarnos a que nuestra vida vuelva a tener sentido). También necesitamos su cuestionamiento, la posibilidad de descubrir otras perspectivas, su esfuerzo para comprendernos y ayudarnos a poner palabras, colores o acciones a lo que nos hace sufrir.

La influencia terapéutica está asociada con el hecho de que la persona descubra la posibilidad de ser acompañada, de disponer de manera personalizada de un profesional de referencia con el que tratar de construir un posible itinerario vital. Profesional o profesionales con los que establecer acuerdos y compromisos de ayuda (qué pondrá de su parte la persona, qué garantizará el profesional).

Se trata en todo momento de una relación activa para las dos partes. El profesional escucha y sugiere (siempre he considerado que la persona a la que ayudaba también esperaba que yo aportase alguna idea además de dejarla hablar). La persona puede explicar lo que vive y siente, pero también descubre propuestas y sugerencias del profesional (siempre he estado en contra de la actitud pasiva de algunos de mis colegas que nunca se implicaban ni sugerían salidas para ayudar a la persona a encontrar sus soluciones).

Más de una vez me han preguntado para qué sirve un psicólogo. Como ya he dicho, habiéndome siempre ocupado de adolescentes, soy más experto en psicoterapia de café o de calle que de despacho. Pero más allá del entorno de ayuda, los profesionales que saben de conducta humana, de las adaptaciones humanas a la vida, de los contenidos de las felicidades y los dolores, de los traumas y las recuperaciones, lo que hacen es ayudar a modular los malestares, a entender lo que nos pasa, a comprender mejor lo que sentimos, a descubrir

aspectos desconocidos de lo que nos ocurre, a entendernos a nosotros mismos… Como decía una persona que pensaba en el suicidio, «necesito a alguien que comparta mis razones para no vivir, por qué no quiero vivir, que no las niegue y me ayude a descubrir las razones por las que vivir».

Terapias para reconstruir el puzle

Las múltiples acciones terapéuticas para reconstruir la salud mental que expondré a continuación adquieren sentido a la luz de las dos grandes dimensiones a cuyo alrededor ha girado nuestra reflexión: la manera de explicarla y la de descubrir por qué entra en crisis. Las acciones terapéuticas están al servicio de compensar y ajustar las cinco piezas del puzle explicativo de la salud mental y tienen que ver con hacer posible el funcionamiento de los diferentes mecanismos vitales y personales, químicos y relacionales necesarios para recuperarla.

Pero antes regresemos al punto cero. Todas las «terapias» deben tener en cuenta que somos un cerebro que construye una mente y una mente que organiza y reorganiza un cerebro. Todas las acciones terapéuticas han de hacer posible que el cerebro funcione de manera diferente (las palabras ayudan a pensar, los afectos reorganizan circuitos, etc.). Todas las acciones sobre el cerebro han de hacer posible pensarse mejor, gestionar mejor las emociones, descubrir nuevas razones para vivir y convivir. Ni separamos el cerebro de la mente ni dividimos las acciones terapéuticas entre las que afectan al cerebro y las que afectan a la mente.

Las acciones terapéuticas tienen que recomponer el puzle sin olvidar en ningún momento que somos personas singulares (necesitamos una atención personalizada), que podemos estar en ciclos vitales diferentes (con necesidades de salud mental

diferentes), que pasamos por momentos existenciales diferentes (no es lo mismo acabar de enamorarse que de jubilarse). Una recomposición que pone el énfasis en una u otra pieza, pero que siempre (sí, siempre) comportará aplicar metodologías y acciones diversas (ni solo pastillas ni solo palabras, considerando siempre todos los aspectos de la persona, sin olvidar la naturaleza de la que venimos y en la que estamos).

Algunas veces, sobre todo cuando el malestar se ha convertido en un trastorno que altera gravemente la vida, es necesario recuperar, compensar, sustituir, neutralizar en la medida de lo posible las «neuronas» que fallan. Otras, se trata de averiguar cómo construir, en las nuevas etapas de la vida, las estructuras neurológicas que no fueron desarrolladas en el momento oportuno. Suplimos como podemos las oportunidades perdidas. También tratamos de reparar de alguna manera las que fueron dañadas o las que se alteran debido a un nuevo trauma o una nueva pérdida. Las acciones terapéuticas deben actuar sobre el desarrollo negado y las heridas por cicatrizar.

No existe terapia posible sin pensar en acciones que signifiquen experiencias de felicidad. Los depósitos vacíos, en crisis, deben llenarse o buscar nuevos componentes generadores de satisfacción vital. Una experiencia que genera felicidad es una experiencia terapéutica. Una intervención terapéutica que ayuda a descubrir elementos positivos de uno mismo genera una felicidad personal. Es terapéutico descubrir que a pesar de ser el «loco» de la clase al que todo le iba mal, puedes aprender. Descubrir cómo piensas y cómo puedes aprender gracias a una acción terapéutica hace feliz. La terapia siempre ha de comportar experiencias de felicidad reparadora.

Las acciones terapéuticas tratan de neutralizar memorias y acomodar impactos. Como he comentado, ayudan a construir relatos (con palabras, imágenes y acciones) de lo que se ha vivido, inciden terapéuticamente porque dan significado a la

historia personal, sin aclararlo todo pero sin dejar que el pasado condicione la vida futura que se desea construir activamente. Necesitamos poder contarnos historias (que nos ayuden a hacer el relato de nuestra vida) para poder vivir.

Las acciones terapéuticas están al servicio de la mejora de las capacidades para gestionar la vida y sus malestares. Las acciones para reducir las injusticias están al servicio de evitar que la persona se convierta en un ser impotente, condenado a vivir. Las acciones terapéuticas están al servicio de hacer competente a la persona para gestionar una vida compleja (también para oponerse a la injusticia). Las «terapias» también han de servir para realimentar los motivos para vivir. No podemos obviar que somos personas que, diversamente, vivimos construyendo sentidos para la vida que vivimos.

Con las ayudas cambiamos como personas porque gobernamos las emociones y los sentimientos. Descubrimos los procesos mentales asociados a lo que nos hace padecer y podemos pensar motivos y explicaciones. Con las ayudas tenemos tiempo para reflexionar, podemos dar sentido a lo que experimentamos, diferenciamos las expresiones del malestar de los rumores de fondo, encontramos explicaciones y construimos nuevas interpretaciones gracias al profesional que nos apoya.

Mejoramos porque sabemos más de nosotros mismos y conseguimos volver a vivir en relación, siendo personas en un entorno de convivencia. Comprendemos lo que nos pasa en la medida en que nos entendemos más a nosotros mismos y, en la medida que miramos y descubrimos a los otros, nos miramos y nos descubrimos a nosotros mismos. Reconstruimos las conexiones humanas que se destruyeron o que nunca se llegaron a desarrollar.

Gracias a las acciones terapéuticas, aprendemos a cambiar y, al implicarnos activamente, también actuamos para cambiar nuestro entorno, el contexto personal y social donde se genera

el malestar (en la medida de nuestras posibilidades). Cambiamos el entorno y descubrimos activamente lo que somos en ese contexto.

No se trata de ir a terapia

Supongo que has detectado que algunas veces hablo de terapia sin más, otras entrecomillo la palabra y otras hablo de acciones terapéuticas. Lo hago adrede. Trato de dejar claros los efectos terapéuticos (la persona sufre menos, está más a gusto consigo misma, tiene más competencias para gestionar lo que le pasa) que pueden producir las diferentes acciones. Disfrutar de un rato de felicidad entre amigos es terapéutico. Encontrarse mejor llevando a cabo actividades laborales en vez de estar sin hacer nada es terapéutico. Poder soñar en medio del bosque, a pesar de los demonios interiores, es terapéutico. Poder ocuparse de los hijos sin angustia es terapéutico. Y, por otra parte, lo que quiero recalcar es que recuperar la salud mental no es, ni solo ni principalmente, una cuestión de ir a terapia con un profesional de la psicología o la psiquiatría. Necesitamos acciones y entornos que generen efectos terapéuticos.

«Terapias», con comillas, quiere poner de relieve que las actuaciones directamente planificadas para modificar la situación de sufrimiento mental de las personas pueden ser múltiples y no siempre pasan por la palabra, el fármaco o la relación de despacho (pensemos, por ejemplo, en la música o la expresión corporal). Terapia, a secas, tiene un sentido más específico y se refiere a algunas actuaciones pensadas en el entorno de los profesionales de la salud mental como forma de incidir en las enfermedades mentales.

Como en tantos otros aspectos de la salud mental, en medio

de nuestras tribus conceptuales, algunos profesionales niegan la condición de terapia a muchas de las acciones terapéuticas, sobre todo a las no planificadas como tales, que producen efectos terapéuticos. No es necesario discutir. Todo lo que ayuda a sentirse mejor es terapéutico, independientemente de que se realice en una consulta y de que haya un psiquiatra o un psicólogo de por medio.

Puesto que ya he señalado que no es válida cualquier terapia (muchas son auténticas estafas) y acabo de dibujar un panorama muy amplio, no estaría de más hablar de algunos componentes del concepto o la palabra «terapia». Se trata siempre de acciones interpersonales pensadas y planificadas a partir de criterios y conocimientos científicos sobre la psicología humana, sobre las manifestaciones psíquicas o físicas del malestar. Su objetivo es ayudar a las personas a conseguir cambios y modificaciones en sus conductas, en su comprensión de la realidad, de su identidad, de su mundo emocional y de sus relaciones. Promueve el bienestar de la persona y de sus grupos de relación.

La terapia tiene que ver con la conversación, pero también con una buena atención y con la ayuda personalizada. Se trabaja con las palabras, con la expresión y el movimiento corporal y con la expresión artística. En la quietud o en la actividad deportiva. Descargando energía o recargando la mente. A veces se trata simplemente de ocupar el tiempo muerto o de poder prestar atención a otras dimensiones de la vida común, más allá del propio mundo interior.

A pesar de que siempre debe implicar a la totalidad de la persona y considerar la complejidad humana, a veces puede centrarse solo en la modificación de algunas conductas concretas que agudizan el malestar o generan dificultades en la relación. Podemos mejorar con el ejercicio físico y con los masajes. De una manera u otra buscamos el crecimiento

personal. Como tiene que ver con seres sociales, procura incorporar elementos de compromiso con otras personas.

La complejidad a la que me refiero desde la primera línea de este libro obliga a considerar que ninguna ayuda pensada con rigor puede ser rechazada. Habitualmente, una propuesta de ayuda incluirá a profesionales diversos, varias personas, diversas relaciones y se desarrollará en entornos diferentes.

A pesar de ser enemigo de la idea de prevención (vivir bien es un derecho cuya garantía no debe estar asociada a evitar futuras enfermedades), ayudar a las personas que padecen no debe estar supeditado a que puedan aparecer futuros problemas de salud o se agraven, sino a poder recibir apoyo antes de que aparezcan (poder ser escuchado antes de que el malestar se manifieste). Se debe recibir ayuda para gestionar las emociones durante los altibajos, antes de que una crisis profunda nos conduzca a una situación depresiva. Dado que el objetivo de las atenciones no es exactamente el de curar (aunque sí se debe proporcionar un conjunto de ayudas que modifiquen la situación a lo largo del tiempo), no hay que olvidar que lo primero es aliviar el sufrimiento y evitar que el dolor vital se vuelva crónico a base de paliativos.

Siempre he defendido ante mis colegas que independientemente de la «terapia» que aplicamos (de que nos impliquemos con una u otra forma de ayuda), siempre debemos explicar (debemos ayudar a comprender) el sentido de lo que proponemos. La persona que es ayudada debe poder expresar cómo se siente, descubrir qué va cambiando y modular o rechazar los «tratamientos» que se le proponen. Del mismo modo, todos debemos aprender a pedir ayuda (se debe poder hacer de manera próxima) cuando nuestro mundo interior se altera, aparece el padecimiento, y necesitamos, al menos, un acompañamiento emocional mínimo. A veces, a la persona le resulta muy difícil pedirla porque a lo largo de su historia

personal nunca haya podido confiar en nadie. La relación de ayuda comporta pactos y compromisos entre los profesionales y la persona sumergida en medio de dificultades psíquicas.

El bienestar químico

Al menos drogarse

Un sábado por la noche del mes de abril. Vuelvo a casa en metro. Durante el trayecto, oigo a alguien llorar con aflicción. Miro. Es una joven que se sienta bastante cerca. Pasa un rato y como continúa llorando pienso que debería hacer algo. Pero otra chica que está sentada a su lado se me adelanta. Se interesa por ella, le pregunta qué le pasa y le da palmadas en la espalda para consolarla. Escucho entrecortadamente que llora a causa de alguien y que quizá su reacción súbita esté relacionada con un mensaje que ha recibido en el móvil, en el que estaba concentrada. «Si es una persona importante para ti…». Sigue una conversación tranquilizadora de la que solo escucho algunas palabras. Puede que la joven que la consuela le haya aconsejado que esté tranquila. Ella le responde: «Tengo pastillas en casa; cuando llegue me tomaré una y me tranquilizaré». Al cabo de unas paradas de silencio, la chica que lloraba se levanta. En su brazo desnudo veo cicatrices que tienen el aspecto de viejas autolesiones. Se despide de la otra chica, que le dice «¡cuídate!». Cuando las dos han bajado, tomo nota y pienso en el capítulo de este libro dedicado a los medicamentos.

Lo que acabo de contar resume una buena parte de las reflexiones sobre los psicofármacos que haré a continuación. Una persona necesitaba calma y creía que existe un remedio para conseguirla: una pastilla. Sin embargo, ya había obtenido una primera dosis gracias a una persona que se había

interesado por ella, la chica joven que estaba sentada a su lado. Si el trayecto hubiera durado un poco más, quizá las palabras de la chica acogedora habrían tenido el mismo efecto que la pastilla que después tomará. Quizá, si en su vida estuviera presente otra persona, podríamos imaginar otras formas de conseguir tranquilidad (hubiera contestado: «En casa me espera… hablaremos y me ayudará»). Tiene pastillas en casa, está proveída de remedios para no padecer, pero es sábado por la noche y habría podido decir «con un cubata se me pasará». No sabemos ni quién ni para qué le han recetado el fármaco que utilizará para calmarse (o que ella siente que le calma) y desconocemos si el lunes podrá hablar con ese profesional para recuperar la serenidad o si, sin más, seguirá tomando pastillas. Si las cicatrices del brazo son lo que he interpretado, puede que se trate de un viejo y complejo malestar y el llanto sea un incidente más que lo desequilibra todo. También podría dejar de darle vueltas y pensar en algo más sencillo: no tiene por qué sufrir, dormirá tranquila gracias a alguna pastilla y mañana será otro día, probablemente diferente.

Ya le hemos dado todas las vueltas posibles a cómo situar el cerebro en relación con la conducta, los malestares y los bienestares. Pero hemos de volver al tema de la química del cerebro y su modificación mediante sustancias (drogas) que pueden, como he comentado, modificar el funcionamiento de las transmisiones neuronales y, como consecuencia, la conducta, los estados de ánimo o las formas de entender y comprender.

Estamos hablando de «terapias» y una parte de ellas puede ser química o complementariamente química.

He escrito «drogas» para recordar que la manera en que una sustancia afecta al cerebro es independiente de su regulación legal, de que sea prescrita o comprada, de si sus efectos han sido estudiados en el laboratorio o tengan que ver con la

cultura y las expectativas de quienes las consumen (acabo de leer que ahora se estudia la posibilidad de utilizar la ketamina, de la que me tuve que ocupar hace tiempo como droga de la diversión, como antidepresivo de acción rápida). Hoy en día sabemos que todos los estados de ánimo pueden modificarse con alguna sustancia (la chica del metro podía elegir entre la pastilla o el alcohol y la disco) y que la reflexión no se centra en química sí o química no, sino en qué clase de química utilizar y cómo.

La discusión sobre las respuestas a las dificultades de salud mental no puede continuar situada en la dicotomía de pastillas sí o pastillas no, drogas sí o drogas no, sino que debe desplazarse a la construcción de criterios para usarlas de manera útil sin contribuir a la deshumanización y sin que el manual lo escriban las industrias farmacéuticas o los profesionales que solo ven biología en las personas. Tratemos de situarnos.

En los momentos críticos de epidemia de drogas (fármacos, del mercado o ilegales), ya sea durante la crisis de la heroína, cuando yo estaba en los sistemas de atención, o ahora en la de los analgésicos, siempre surge una triple pregunta: ¿qué hacer cuando la vida está dominada por el dolor?, ¿cuando los motivos que la dinamizan se agotan?, ¿cuando se aspira a otra vida con más dinamismo de la que tenemos? Los psicofármacos se sitúan en el territorio de las preguntas sobre los remedios para hacer la vida menos insoportable y para conseguir que sea más atractiva. En la actualidad, probablemente, estemos inmersos en un aumento injustificado y permanente del consumo de toda clase de psicofármacos, pero este aumento no demuestra por sí mismo un incremento de la ansiedad, sino la ausencia de sistemas de ayuda que no sean las pastillas para poder gestionarla (cuando en realidad la vida que llevamos es sin duda ansiógena de por sí).

Una de las pocas cosas que se saben sobre los fármacos es que son sustancias que no tienen un solo efecto, lo cual significa que la persona que los toma debería tener la posibilidad de detenerse a pensar qué siente, y, sobre todo cuando se trata de sustancias con gran potencial de adicción, cuente con toda la información necesaria para comprender y gestionar sus efectos. Otra cosa que se sabe es que se trata de sustancias que no afectan solo a un área o un sistema del cerebro. Pocas veces se trata de una modificación específica, entre otras razones porque ya hemos comentado que ninguna conducta o problema puede ser totalmente acotada a un área o proceso del cerebro.

Con cualquier fármaco o droga, todo depende de las dosis y de las formas de uso. Un psicofármaco nunca debería sustituir la inexistencia de un recurso. Las cantidades que se toman no deberían depender de la presencia o ausencia de sistemas de atención. No se puede sustituir la falta de compañía con el alcohol ni el aislamiento social con las benzodiacepinas. No se puede contraponer el manicomio a las pastillas (medicarse o perder la libertad), como si no existieran otras respuestas y ayudas en las que también es posible, por ejemplo, el internamiento acompañado.

No nos engañemos. Como la farmacia forma parte del mercado, disponemos cada vez más de más psicofármacos (no tengo conocimientos para valorar si se trata de sustancias nuevas, moléculas modificadas, combinaciones diferentes o modificaciones de los procesos de absorción o eliminación), más personas los usan y lo hacen durante más tiempo. Estamos pasando de la vivencia de malestar crónico al uso crónico de psicofármacos (o de otras drogas de ayuda para el malestar).

En algunos casos, acaba siendo difícil saber qué síntomas del malestar derivan de la complejidad de las dificultades

originales y cuáles son efectos secundarios de los psicofármacos. Tampoco debería ocultarse que su uso durante largo tiempo está poco estudiado, así como la interacción con la vida de las personas en vidas que podríamos definir como medicalizadas.

Sin embargo, hay que luchar contra la idea de que tomar psicofármacos es señal de sufrir una enfermedad mental grave, mientras que las psicoterapias de la actividad, de la compañía y la palabra son para malestares leves. Una buena gestión de los fármacos siempre puede ser útil en todas las situaciones de malestar. Pero he escrito «una buena gestión» no una simple prescripción con una pauta de consumo. Repito una vez más que el impacto de la palabra puede ser lento (especialmente si el profesional no ha construido una relación intensa de escucha y confianza) y no es necesario que nadie sufra si una pastilla puede evitarlo.

En cualquier caso, hay que tener presente que la calma química no suele ser la solución y que la dependencia que todo proceso de ayuda puede generar (no lograr mantener la serenidad sin ayuda) puede ser especialmente significativa en la ayuda química. Recuperar la salud mental es hacer posible la gestión autónoma de la propia vida. Siempre puede aparecer la duda de si hemos cambiado nosotros o es el fármaco el que nos ha cambiado. Y la dependencia (más allá de que se produzca la dependencia biológica de una sustancia) nace cuando sentimos que no podemos cambiar sin ella.

Entre los derechos a una atención adecuada de los que hablaba páginas atrás, he mencionado el derecho a la implicación en la gestión de los psicofármacos. No nos medicamos, sino que se nos ayuda de maneras diferentes, también con fármacos. Por eso deben existir algunos criterios para que las pastillas sean predominantemente útiles. Debemos disponer de criterios para utilizarlas sin que nuestra vida

dependa de ellas o acabemos en manos del poder del psiquiatra.

Algunas corrientes de la atención a la salud mental que se oponen a los psicofármacos lo hacen afirmando que los efectos de sedación, relajación, aturdimiento, adaptación neurológica y alivio del sufrimiento pueden distorsionar los efectos de otras «terapias», dificultar la comprensión de los componentes del malestar y de los dinamismos que lo generan. Creo que no es así, o mejor dicho, que son las formas de atención las que determinan que sea o no sea así. La medicación debe ser un elemento más de la relación entre el profesional que ayuda y la persona que padece.

A veces, el sufrimiento de la persona reclama urgentemente la medicación y la afectación en su vida es tan alta que todo pasa por acceder primero a los psicofármacos. Se puede incluso afirmar que a veces la persona busca el aturdimiento para volverse insensible al sufrimiento (o para vivir drogada y no ser consciente de una vida que considera que no vale la pena vivir).

El profesional que prescribe no puede evitar la relación de influencia y el que se ocupa del acompañamiento terapéutico no puede evitar dialogar con la persona sobre los efectos de los fármacos. No se puede evitar el diálogo sobre los efectos de los psicofármacos y los cambios en los síntomas. Recetar no excluye explicar qué sentido tiene y qué lugar ocupa el fármaco en el conjunto de la ayuda terapéutica que la persona recibe. Acoger y ayudar a encontrar nuevas felicidades no puede significar negar la felicidad química que la persona necesita o puede hacer servir (no se puede defender el dolor como luz que ilumina el malestar).

La persona atendida debe poder hablar de los efectos vividos al tomar fármacos (u otras drogas), de los vividos como positivos (que no siempre son los señalados por el manual) y de

los vividos como negativos, como indeseados. Ha de poder hacer un balance de las vivencias y decidir cómo seguir gestionando el malestar. Calmar dolores no puede significar eliminar sensibilidades ni que la persona que recorre un camino diferente, vivido como positivo gracias a los psicofármacos, pierda la capacidad de discriminar y expresar cómo se siente.

La dimensión comunitaria

Es mentira. Sola no puedes cambiar

Supongo que a estas alturas compartimos la dimensión social de la enfermedad mental y la inevitable dimensión social de las formas de ayuda. Le hemos dado vueltas al hecho de que nuestra vivencia de malestar o enfermedad está construida en relación con los demás (siempre estamos «locos» para otra persona) y siempre enfermamos en un contexto, un entorno generador de varios grados de padecimiento. Uno de los peores impactos sobre la salud mental es el derivado de la pérdida de cualquier vínculo.

Por eso, al hablar de las respuestas, he recalcado que la ayuda debe mostrar a la persona que no se trata de una realidad que solo tiene dimensiones individuales (un fracaso personal que se cura con fármacos), que el estrés no es solo un asunto privado y que, como decía un colega cuyo nombre no consigo recordar, a veces debemos decir a la persona que no necesita un psiquiatra sino un comité de empresa. No hay que aceptar que las respuestas terapéuticas expliquen a las personas que solas pueden cambiar, que si se quieren y se conocen todo será diferente. No existe alienación privada sin alienación común. La salud mental no depende solo del individuo y las respuestas no pueden ser únicamente individuales. Vuelvo a alguna de las ideas del principio: ¿y si la «cura» de muchos trastornos fuera el compromiso social?

Si unas líneas atrás he recomendado a mis colegas que se den una vuelta por el barrio y las casas de las personas que

atienden es porque tenemos la obligación de comprender el padecimiento en el lugar donde se produce. También porque, si hay algo que las personas necesitan antes de enfermar o de que aparezca el malestar, es construir y disponer de redes de relación, de compañía, de pertenencia. La vulnerabilidad no aumenta el riesgo de enfermar si se puede reforzar y equilibrar con buena compañía y buen acompañamiento.

He hablado muchas veces del impacto del abandono y de la soledad permanente en la salud mental de los niños durante la infancia y especialmente en las crisis que aparecen más tarde. Por eso hay que recordar que la principal «terapia» que necesitan es un ambiente social rico, un contexto cotidiano acogedor, unas experiencias de aceptación que les hagan sentir que forman parte de algo. En algunos momentos es posible que su rabia juvenil necesite un fármaco que les proporcione un mínimo de calma. También diversas intervenciones terapéuticas para tratar de aclararse, aprender a gestionar la conducta y adquirir capacidades de gestión de su vida. Pero los grandes cambios tendrán lugar si pueden acumular experiencias de aceptación, si pueden comprobar que pintan algo en la escuela, tienen un lugar en las dinámicas de diversión de los jóvenes y en los proyectos para hacer algo con otros. En definitiva, cuando sienten y ven que forman parte de algo y son percibidas por los demás como personas positivas y con capacidades.

Acabo de dinamizar un espacio de diálogo con los profesionales de una escuela que, a pesar de tener un alumnado predominantemente de clase media, hace muchos esfuerzos para estar abierta a niños y adolescentes de barrios empobrecidos y a familias con dificultades. Sobre todo entre los adolescentes, la aplicación de todas las técnicas de atención a la diversidad parece estrellarse contra un muro. Los «diferentes» constatan continuamente que los demás no los

aceptan (por mucha aplicación de la teoría de solidaridad que hayan aprendido). Desde la sudadera que llevan a la excursión en la que no podrán participar, comprueban que no son aceptados. Todas las «terapias» se vuelven inútiles. Los «complicados» solo existen si hacen piña entre ellos y tienen un comportamiento conflictivo; sienten que cambiar no les aportará ningún beneficio.

He vuelto a la palabra «comunidad» para hablar de dónde y cómo se construyen las dificultades de salud mental, para insistir en los fracasos y en las insatisfacciones que producen las atenciones centradas exclusivamente en el individuo y para poner el énfasis en las respuestas comunitarias a la salud mental. Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de comunidad o de orientación comunitaria en la atención a la salud mental?

Comunidad hace referencia al colectivo humano en el que se presume que vive la persona y del cual forma parte una institución, un recurso, un servicio de atención (la escuela, el dispositivo de salud o de atención social, etc.). Me refiero al entorno próximo de influencia en el que se deben inscribir y contextualizar las ayudas terapéuticas. Hablamos de atender construyendo contextos de influencia. Pensando en la persona inmersa en un malestar, hablamos de entornos positivos, estimuladores y generadores de seguridad que promueven diversos profesionales y en multiplicidad de servicios.

La comunidad es el entramado de recursos, organizaciones, profesionales y agentes activos que hay en un territorio. La comunidad es el conjunto de vínculos sociales que constituyen la trama personal de cada sujeto, que influye en su desarrollo y condicionará sus oportunidades y sus dificultades.

Atender en clave comunitaria es pensar, planificar y actuar teniendo en cuenta cómo y dónde las personas maduran, se socializan, enferman, sufren y resuelven sus dificultades.

También significa incorporar la globalidad y la coherencia en las atenciones. Actuar en clave comunitaria es lo contrario de multiplicar las acciones dispersas, inconexas y contradictorias sobre las personas.

He escrito en la lista de derechos que las acciones terapéuticas han de facilitar que la persona que sufre conecte (de nuevo o por primera vez) con algún grupo de pertenencia. Pero también se trata de que las personas estén incorporadas a diferentes grupos de apoyo, que todas las respuestas ayuden a resolver los problemas de supervivencia cotidiana (muchas «terapias» empiezan por la renta mínima garantizada o por la escuela infantil, que ayuda a sentirse madres o padres cuando, acabada la jornada laboral, van a buscar a los hijos) de manera que la persona pueda destinar su energía a la construcción de una vida diferente. Las competencias para gestionar la salud mental empiezan por ayudar a adquirir competencias para gestionar los desconciertos y las alteraciones (laborales, relacionales, de salud, de educación, etc.) de la vida.

La larga historia de transformación de la atención a la salud mental, desde el cierre de los manicomios hasta la hipermedicación individualizada, ha pasado (debería pasar) por la puesta en marcha de estructuras intermedias: pequeñas comunidades terapéuticas de barrio, centros y hospitales de día abiertos, espacios de acogida y actividades comunitarias de toda clase dentro de los centros sociales, cívicos, juveniles, etc.

Un sistema de parcelas que no atrae a nadie

Para planear este libro he tenido largas conversaciones con varias personas implicadas en la atención a la salud mental. En el curso de una de ellas, un joven psicólogo con una larga experiencia en el trabajo de campo, de consulta y de

institución, me contó lo siguiente: «He tratado de ayudar a un chico que ha intentado suicidarse varias veces, que ha pasado por todos los sistemas de atención (protección, justicia juvenil y la salud mental) y ahora lleva una vida muy trastornada. He ido al barrio, a su casa, y después de conversar un rato me ha dicho: "Eres la primera persona que se preocupa por mí, que me escucha"».

Este amigo psicólogo forma parte de un plan de atención a la salud mental que empezó a funcionar en Cataluña a principios de 2021 (los Equipos Guía) que atiende a las personas jóvenes con problemas especiales de salud mental y de atención en la red actual de recursos. Se desplazan al territorio y no son los jóvenes quienes deben acudir a la consulta. Son equipos interdisciplinarios y trabajan en relación con los recursos del territorio, tratando de establecer una relación integrada con el joven para conseguir una calma vital que le permita circular socialmente, volver a una ciudadanía en positivo.

Sobre el papel, se trata de nuevas iniciativas de atención a la salud mental para las personas que se resisten a ser tratadas y que escapan de las pretensiones curativas del sistema formal de salud mental. En realidad, se trata de una iniciativa más entre otras (existen otras en otros países) que vienen a reconocer que la manera actual de funcionar de los recursos, hace que sean de poca utilidad para muchas de las personas con dificultades de salud mental. Entre líneas, reconocen que muchos «pacientes», especialmente en determinadas situaciones y de determinadas edades, nunca acudirán a la consulta y, aunque lo hicieran, en el contexto de la consulta se puede hacer poco.

En los documentos de trabajo que he encontrado se describe de la manera siguiente: «Inadecuación de los recursos disponibles en el entorno para el abordaje del problema. Imposibilidad o falta de capacidad del adolescente o joven adulto para vincularse al entorno y a los recursos disponibles».

Sobre el papel se llama «falta de adherencia al tratamiento», aunque lo que en realidad debería decirse es falta de atractivo de las formas de ayuda que ofrecen (predominantemente la consulta del despacho), y cómo la persona siente que, en ese lugar y de esa manera, allí no se le ha perdido nada.

Lo que llevo escrito y tú has leído, mis reflexiones, choca al final con la ausencia de una visión de la salud mental lo suficientemente holística y con la falta de recursos para ofrecer una ayuda flexible y de fácil acceso. No obstante, el relato oficial habla de «perfiles poblacionales de elevada complejidad». Dicho de otro modo: el sistema de salud mental entra en crisis cuando la persona que requiere asistencia tiene más de un problema y todo no puede reducirse a una sola etiqueta diagnóstica.

Vuelvo al documento de creación de estos equipos porque, además de recalcar que a menudo no es fácil proporcionar una ayuda que realmente permita generar un proceso de cambio, una parte significativa de las personas con dificultades importantes pasan por muchas manos profesionales que no siempre saben qué hacer y las formas de atención que se proponen son bastante inútiles. De ahí que pretendan actuar de otra manera para «conseguir una atención más eficaz de todos los agentes implicados en el ámbito de la salud mental en los casos de elevada complejidad clínica, judicial, educativa, ética y social, en términos de prevención, asistencia, bienestar, rehabilitación e integración en la sociedad de las personas con estas clases de trastorno y sus familias».

Cuando describen sus dificultades (a pesar de centrarlas demasiado en la persona que hay que atender) facilitan un buen ejemplo de lo que significa atención comunitaria a la salud mental: «Accesibilidad ágil, intervención en el propio entorno, acompañamiento longitudinal en el proceso mediante planes de actuación individualizados de duración definida […]

y articular intervenciones en diferentes ámbitos (sanitario, social, justicia, educación, bienestar)».

No se trata de ir al médico

La translación del modelo de asistencia médica de las demás enfermedades a la atención a la salud mental solo genera nuevas formas de malestar. Pensemos en las listas de espera, en la intervención de despacho, en la rigidez para establecer contacto cuando aparece una nueva vivencia de malestar, en la parcelación y la fragmentación de las intervenciones, en las derivaciones (que acaban siendo billetes rumbo a la deriva), en la discontinuidad de la asistencia (a quién acudirán la cuidadora o la joven del metro cuando ya no puedan más).

No es teoría. Hablo del psiquiatra que no se interesa por los avances vitales del paciente que busca trabajo, del psicólogo que prescinde del ambiente que reina en la clase de la que el joven huye, del profesional que no está disponible para quedar en una cafetería y charlar sobre un acontecimiento significativo, de todos los que no quieren escuchar a quien le dice que es mejor seguir colgado que aterrizar en un territorio insufrible, de los que no quieren comunicarse con los miembros de un grupo al que pertenece un paciente suyo que refuerza y da sentido a su conducta (pongamos, por ejemplo, una pandilla callejera en la que un adolescente de su consulta se siente importante) porque son personas sin historial clínico que no son sus pacientes.

En definitiva, somos esclavos de un modelo de recursos de atención que sigue la secuencia sintomatología-protocolo-recurso (fármaco). Se crean más recursos especializados (patología del cuerpo, del juego, de la pantalla, de la conducta, etc.) en lugar de ampliar y hacer más acogedores los generales

que ya actúan en el territorio. No quieren reconocer que los que, según la jerga oficial, no «se adhieren» quizá es porque no están dispuestos a definirse como «drogatas» o anoréxicos y echan de menos una figura que preste atención a su sufrimiento en lugar de definirlo, que los escuche sin querer cambiar, de entrada, su vida.

Quizá lo único que pidan es que alguien los entienda y que la relación con ese profesional sea fluida. Eso sin contar que, debido a la precariedad de recursos, se suele aplicar la «terapia» disponible argumentando que es la adecuada. Además, como consecuencia de visiones no compartidas de la salud mental, los recursos se diseñan en función de las teorías dominantes del momento en cada territorio, por lo que la persona necesitada de ayuda debe adaptarse, de nuevo por su bien, al recurso disponible y sus formas de entender la salud mental.

La atención en clave comunitaria nos lleva a pensar en la diversidad de recursos y en las maneras humanizadas de organizarlos. También en profesionales integradores, en programas globales, de territorio, basados en las necesidades y no en las dificultades y las etiquetas diagnósticas. Este libro trata precisamente de contribuir a construir juntos otras visiones colectivas de las formas de ayuda, sobre las necesidades, las dificultades y los conflictos, con el objetivo de que la atención no genere un nuevo estigma, con el propósito de que las personas reciban de su entorno estímulos en vez de rechazos.

La salud mental requiere una ciudadanía que reclame otras maneras de recibir atención y otros profesionales dispuestos a trabajar de otra manera. En la salud mental, la profesionalidad no se define por la «institución» en cuyo marco se actúa. Necesitamos profesionales que acojan, atiendan y acompañen en las unidades de atención social, en los espacios educativos,

en la calle, en los entornos terapéuticos, en los espacios residenciales… Profesionales que están donde se desarrolla la vida de las personas, que atienden a partir de la vida cotidiana que las construye como personas, con una singular manera de estar, de mirar y de atender.

Los profesionales de las ocho miradas

Quisiera acabar el capítulo sobre las actuaciones terapéuticas hablando de nuevo de las miradas. ¿Cómo deben ser, en esta época compleja, las miradas de quien está al lado de las personas, de quien pretende servir de ayuda, construir oportunidades, hacer de puente, tratar de aliviar sufrimientos, las miradas de quien nunca considera el otro un caso, un enfermo, un disminuido? Las personas inmersas en malestares y dificultades tienen derecho a ser acogidas por profesionales que poseen y practican ocho miradas.

Tienen miradas que miran. Ojos receptivos que no se cierran. Son profesionales que siempre buscan el rostro que hay detrás del expediente que gestionan, que consideran el tiempo vital que hay tras un plazo, un procedimiento, una receta, una actividad, una lista de espera.

Tienen miradas que ven. Vista aguda que capta la «película» que pasa delante suyo. Ojos que observan con precisión, que perciben todos los colores de las vidas con las que se encuentran, que no aplican el filtro del «encargo», la «demanda», el objetivo económico, el éxito científico o la etiqueta segura. Tratan de ocuparse de la persona y no solo de lo que presuntamente es de su competencia.

Tienen miradas que penetran, que ven más allá de la piel, que miran sin diagnosticar, que buscan razones, explicaciones, culturas vitales, no factores de riesgo. Tienen visiones reflexivas que siempre buscan el porqué de las cosas, a pesar de ocuparse con frecuencia de personas que van por la vida como condenadas, de malestar en malestar.

Tienen miradas de espejo, miradas compartidas. Que sirven para que la otra persona se vea reflejada y le permiten tomar conciencia de sí misma. Que sirven para descubrirse como persona y no como caso, como problema. Sentirse sujetos con potencialidades y no solo con acumulación de déficits. Son miradas que se reflejan en los ojos del otro, que las devuelve para descubrirse a sí mismos como profesionales y como personas. Miradas comunes para las dos partes. Miradas que permiten tener visiones con perspectiva de comunidad.

Tienen miradas éticas, que no olvidan los valores que dan sentido a la terapia, la acción social o la educación. Que luchan contra los encargos de control social, de domesticación y resignación que siempre reciben y que siempre afectan a los menos favorecidos. Tienen miradas humanizadoras y no miradas benefactoras.

Tienen miradas que proyectan. Miradas que no tienen bastante con ver, que saben que es necesario que los demás vean la realidad que ellos ven. Hacen de altavoz de otras voces y son documentalistas de un «YouTube común» de las historias desconocidas.

Tienen miradas que cambian ópticas, que pasan del analógico al digital con facilidad. Tienen ojos sin cataratas que no se marean porque la realidad sea dinámica y enfocan ágilmente el movimiento. Miradas virtuales y presenciales, de contacto en la calle y de consejo en el Facebook.

Tienen miradas llenas de felicidad y miradas asesinas. Las miradas de unas vidas extraordinarias en la medida en que pueden ser personas útiles para otras personas, hechas de los pequeños placeres de las vidas ordinarias. También, sí, también, miradas asesinas para fulminar a los profesionales inhumanos y manipuladores. No les interesa ser héroes y sus miradas provocan emancipación y no dependencia.

Epílogo

Siempre habrá que comprar esperanza

Este libro se ha acabado, pero la guerra continúa. Empezaba haciendo referencia a los andamios del equilibrio vital que la pandemia había desmantelado, a los besos que necesitábamos recuperar cuando volviéramos a vivir juntos sin tanta prevención. He de acabarlo hablando, inevitablemente, de los trastornos por deshumanización.

Este mundo trastornado del que formamos parte, que nunca toma el camino de la curación, parece haber dado por correctas maneras de entender la vida, maneras de existir, que solo conducen a la destrucción. Difícilmente produce salud mental el discurso dominante que niega sistemáticamente el derecho a vivir de todas las personas. Un sistema basado en el principio de que algunos pueden decidir las posibilidades de existir de los demás.

No, no tengo la intención de acabar hablando de las patologías de la guerra. Bastaría con volver a leer los capítulos dedicados a cómo construir vidas saludables para imaginar cómo serán las vidas de los niños en permanente huida, las de los adultos cuyas existencias han sido destruidas, las de los obligados a matar para no morir… Aunque vivimos relativamente lejos del escenario de la guerra, esta, como la pandemia, nos empuja a nuevas crisis y agudiza las que ya tenían nuestras vidas.

No podremos evitar pensar que quizá han empeorado las condiciones de vida de muchas personas o no podremos dejar

de pensar en algunos de los elementos que inseguridad la vida y a los que me refería cuando, por ejemplo, hablábamos de la ecoansiedad. Ahora acumulamos más dosis de miedos vitales. También descubrimos que en las lógicas culturales con las que nos explicamos los sentidos de la vida han aparecido lagunas, nuevos agujeros, componentes irracionales, se ha perdido parte de la coherencia.

Cuando llego al final del libro tenemos vidas con dosis mayores de caos. Resolver el gran problema de cómo ayudar a las personas que sufren una invasión nunca puede consistir en aceptar que la guerra es inevitable y que siempre será una forma válida de resolución de conflictos. Vivir el desconcierto y la contradicción de ayudar a las personas a no morir a manos de otras y que, por poca sensibilidad que se tenga, produce cierto malestar, no puede significar, de ninguna manera, dar por válida una respuesta irracional. El malestar que sentimos no puede llevarnos a eliminar las contradicciones y a sentirnos a gusto con las medidas que el poder vende como formas de sentirnos seguros.

La guerra siempre es un acto de locura, y una de las maneras de no trastornarnos es no aceptarla jamás. Los poderes económicos de la industria militar y los poderes que hunden sus raíces en la desigualdad estructural de la humanidad creen en la guerra y nos tranquilizan con argumentos sobre su inevitabilidad. Aquí lo dejo. Tener que soportar nuevos malestares y contradicciones no significa dejar de dudar, buscar la tranquilidad dejando de pensar, instalarse en la irracionalidad. Vuelvo a los otros componentes de nuestro relato sobre la salud mental para hacer un poco de memoria final.

A vivir se aprende y, a veces, algunas personas, todas en un momento dado, parece que dejan de tener vida. Las crisis de salud mental a menudo tienen que ver con la impotencia para

gestionar las trayectorias obligadas de la propia existencia. Ninguna de nuestras vidas ha sido ni será una vida siempre equilibrada. Siempre aparece una taquicardia vital. Recuperar la salud mental es el ejercicio de ordenar el caos mental que genera la vida.

El problema es que tenemos vidas condicionadas que acaban siendo vidas deshumanizadas. Lo primero que muchas personas necesitan no son remedios contra las angustias que las bloquean, sino tratamientos contra la injusticia. Otras necesitan poder impedir que el mercado las obligue a ser felices. Unas y otras, en algún momento, sienten que su vida no les pertenece. Han sido encajadas en la vida con calzador y el zapato con el que caminan les aprieta, genera dolores y acaba trastornándolas.

Lo que se denomina patología siempre es una situación vital que oscila entre la felicidad y la desdicha. Para entender los malestares de las personas hay que considerar, en cada vida, cuál es el nivel de padecimiento tolerable.

Los seres humanos vamos eligiendo colores, entre los cuales también hay grises y negros. Pero la condición humana es un cuadro y ningún aspecto de lo que somos puede definirse con una variable, una simplificación. No podemos dejar de ser personas para convertirnos en etiquetas.

Somos vidas que tienen vidas. Somos vidas diferentes en función de la edad y de la intensidad con que hemos vivido o con la que nos han obligado a vivir. Algunos no tuvieron infancia, a otros la vida se les trastocó por falta de aventuras o por emprender rumbos que los condujeron a un puerto inadecuado.

No hemos estado de pasada por la vida y acumulamos las experiencias de haber vivido. Pero también somos vidas por vivir que gestionan dinámicamente las experiencias y las posibilidades de tener otras vidas. Gestionar la salud mental —

con ayuda o sin ella— significa editar recuerdos e imaginar futuros. No se trata de vivir en permanente equilibrio, sino de aprender a recuperar la calma después de la tormenta. Existimos como personas gracias, en buena medida, a las felicidades y los placeres, dosificados, oportunos, no impuestos.

La mente no es el cerebro, pero no puede dejar de ser cerebro. Para evitar acabar perdidos entre simplificaciones psicológicas y psiquiátricas, yo me oriento con una propuesta integradora: malestares y trastornos son el resultado de un cóctel variable de neuronas, oportunidades, experiencias vitales, habilidades y razones para vivir.

Vivir con criterios científicos no significa vivir rodeados de lo que se denomina evidencia científica. Yo me he inclinado por considerar la evidencia humana escuchada, recogida y explicada con rigor y coherencia. El rigor científico conduce a la búsqueda permanente de sentidos y significados, pero hay que aceptar la incertidumbre y la provisionalidad de las respuestas y que el futuro siempre es imprevisible.

Las ideas en crisis, la crisis de las ideas, la falta de explicación y el desconcierto también generan problemas de salud mental. Cuando faltan ideas o cuando estas no encajan, nos dominan los sentimientos. Buscar explicaciones a lo que nos ocurre es una manera de buscar calmas. Es difícil vivir sin tratar de dar sentido a lo que vivimos.

Somos singulares en un plural. Si todo nos resulta ajeno, es evidente que estamos alienados. La alienación presuntamente privada siempre remite a una alienación común. La variable común a todos los efectos terapéuticos siempre es alguna suerte de compromiso social. Cuando la vida parece carecer de sentido, necesitamos una búsqueda compartida de sentido. Nos olvidamos permanentemente de nosotros mismos y, cuando la vida tiembla, descubrimos que no tenemos ni idea de quiénes somos, cómo somos.

Toda forma de atención siempre consistirá en una mezcla de la palabra que acompaña, la actividad que ocupa, la experiencia que recupera felicidades y la sustancia que calma el dolor. No necesitamos en primer lugar un diagnóstico. Tenemos derecho a comprender lo que estamos viviendo. Debemos negar el poder a los prescriptores de remedios que se saltan la obligación de dar explicaciones. No queremos que nos arreglen las neuronas sin considerar las vidas en las que se estropean. Recibir atención significa poder practicar vidas terapéuticas que compensen los tiempos de la vida traumática.

Cuando la vida duele, necesitamos miradas que acogen y descubrir adónde dirigirnos para comprar esperanza.

Agradecimientos

Este libro ha sido posible gracias a la tenacidad y la dedicación de la editora Anna Jolis.

Como todos los libros, nace gracias a muchas sugerencias, ideas y vivencias de varias personas. He de destacar de manera especial las aportaciones de Jordi Bernabeu y Àurea Autet.

Cuando la vida nos duele es una reflexión rigurosa que quiere ayudar a tomar conciencia de que una buena salud mental es parte del camino hacia la felicidad.

En un momento u otro de la vida aparece el dolor. Las experiencias positivas, las habilidades aprendidas y la proximidad activa de otras personas suelen ayudarnos a superarlo. Pero no siempre es así, y el malestar de vivir encajados en una existencia que no deseamos hace que todo se trastorne.

Sea cual sea la situación, se trata de alteraciones de una parte de la salud, la mental, para la que no hay acuerdo sobre cómo describirla, cómo explicarla, cómo dedicarle la atención adecuada, y así nos hallamos inmersos en una especie de supermercado de las terapias, en una gestión interesada de los fármacos, en una ausencia de escucha y acompañamiento.

Este libro pretende ayudar a tener una visión personal más coherente sobre la salud y las enfermedades mentales; compartir un discurso social que aporte y que no segregue; ampliar el grupo de los profesionales que comparten una visión integradora y que dan respuestas que humanizan, y exigir a nuestros responsables políticos una planificación coherente y no la venta de etiquetas y servicios etiquetados para curar estas enfermedades.

Jaume Funes Artiaga (Calatayud, 1947) es psicólogo, educador, periodista. Ha dedicado buena parte de su vida a escuchar, comprender y ayudar a las personas, en especial a los adolescentes. Ha trabajado en administraciones, instituciones educativas, espacios terapéuticos. Es autor de muchos libros y artículos. Entre los primeros, *La nueva delincuencia infantil y juvenil* (1984) o *Dejar la heroína* (1985); y entre los más recientes, *Quiéreme… pero necesito que me cuentes más* (2020).

Título original: *Quan la vida ens dol*

Primera edición: septiembre de 2022

© 2022, Jaume Funes Artiaga
© 2022, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona
© 2022, Ana Ciurans Ferrándiz, por la traducción

Diseño de portada: Penguin Random House Grupo Editorial / Begoña Berruezo
Ilustración de portada: © Getty Images

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*. El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-253-6435-8

Compuesto en www.acatia.es

Facebook: penguinebooks
Twitter: penguinlibros
Instagram: grijalbo_es

YouTube: penguinlibros
Spotify: penguinlibros

«Para viajar lejos no hay mejor nave que un libro.»
EMILY DICKINSON

Gracias por tu lectura de este libro.

En **Penguinlibros.club** encontrarás las mejores recomendaciones de lectura.

Únete a nuestra comunidad y viaja con nosotros.

Penguinlibros.club

Penguin Random House Grupo Editorial

Penguinlibros

Índice

Cuando la vida nos duele

Prólogo. El oficio de vivir y sus dificultades

I. De los malestares a los trastornos

El calidoscopio de la salud mental

Normalidad, diversidad y alienación

Las condiciones de la vida y las vidas condicionadas

¿De qué color es una vida multicolor?

Sociedades de la incertidumbre y felicidad obligatoria

La enfermedad mental y los modelos de enfermedad

Hacia una existencia diagnosticada

II. Propuestas para hallar coherencia en lo que somos, en lo que nos pasa y en lo que vivimos

Química, arquitectura y memoria

Propuesta para un modelo explicativo

Cae una roca en aguas tranquilas

III. Vidas saludables

Buena parte de lo que somos, de cómo viviremos la existencia, tiene que ver con la infancia

Cuando parece que todos los adolescentes están para

encerrarlos
Sufrir y hacer sufrir
Vidas que tienen vida
IV. Construir la salud mental
Aprender a vivir una vida buena
Aclararse entre emociones. Volver a descubrir la felicidad
Enfermar entre placeres
La salud siempre es compartida
Detenerse a pensar
Un presente que gestiona las tormentas del pasado
V. Acompañar, ayudar, escuchar, curar
Ayúdame a encontrar ayuda
Ayudas que modulan el malestar
El bienestar químico
La dimensión comunitaria
Los profesionales de las ocho miradas
Epílogo. Siempre habrá que comprar esperanza
Agradecimientos

Sobre este libro
Sobre Jaume Funes
Créditos